

213

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Samedi 13 Mai 1893, à heure*

PAR

JULES LAFOURCADE

Né à Labastide-Clairence (Basses-Pyrénées) le 28 novembre 1866.

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

De l'Hystérectomie Vaginale  
DANS LES SUPPURATIONS PÉRI-UTÉRINES

*Président* : M. LE DENTU, professeur.

DUPLAY.

*Juges* : MM.

NÉLATON.

ALBARRAN.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS  
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Samedi 13 Mai 1893, à heure*

PAR

JULES LAFOURCADE

Né à Labastide-Clairence (Basses-Pyrénées) le 28 novembre 1866.

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

## De l'Hystérectomie Vaginale DANS LES SUPPURATIONS PÉRI-UTÉRINES

*Président : M. LE DENTU, professeur.*

*Juges : MM.* { DUPLAY.  
NÉLATON.  
ALBARRAN.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS  
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                             |                |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen . . . . .</b>                                                      | M. BROUARDEL.  |
| <b>Professeurs . . . . .</b>                                                | MM.            |
| Anatomie . . . . .                                                          | FARABEUF.      |
| Physiologie . . . . .                                                       | CH. RICHET.    |
| Physique médicale . . . . .                                                 | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale . . . . .                               | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale . . . . .                                       | BAILLON.       |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                             | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale. . . . .                                                | DIEULAFOY.     |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                           | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique . . . . .                                             | LANNELONGUE.   |
| Histologie. . . . .                                                         | CORNIL.        |
| Opérations et appareils . . . . .                                           | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie . . . . .                                                     | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale . . . . .                                 | POUCHET.       |
| Hygiène . . . . .                                                           | HAYEM.         |
| Médecine légale. . . . .                                                    | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                         | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                               | LABOULBÈNE.    |
|                                                                             | STRAUS.        |
|                                                                             | G. SEE.        |
| Clinique médicale. . . . .                                                  | POTAIN.        |
|                                                                             | JACCOUD.       |
|                                                                             | PETER.         |
|                                                                             | GRANCHER.      |
| Maladies des enfants . . . . .                                              |                |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-<br>céphale. . . . . | BALL.          |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .                    | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                          | CHARCOT.       |
|                                                                             | TILLAUX.       |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                             | LE FORT.       |
|                                                                             | DUPLAY.        |
|                                                                             | LE DENTU.      |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                         | GUYON.         |
| Clinique ophthalmologique. . . . .                                          | PANAS.         |
| Clinique d'accouchement. . . . .                                            | TARNIER.       |
|                                                                             | PINARD.        |

## Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

## Agrégés en exercice :

|             |            |               |            |
|-------------|------------|---------------|------------|
| MM. ALBARAN | MM. DELBET | MM. MARIE     | MM. RICARD |
| ANDRE       | FAUCONNIER | MAYGRIER      | ROGER      |
| BALLET      | GAUCHER    | MENETRIER     | SCHWARTZ   |
| BAR         | GILBERT    | NELATON       | SEBILLEAU  |
| BRISAUD     | GLEY       | NETTER        | TUFFIER    |
| BRUN        | HEIN       | POIRIER, chef | VARNIER    |
| CHANTEMESSE | JALAGUIER  | des travaux   | VILLEJEAN  |
| CHARRIN     | LEJARS     | anatomiques   | WEISS      |
| CHAUFFARD   | LETULLE    | QUENU         |            |
| DEJERINE    | MARFAN     | RETTERRER     |            |

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE

*dont la bonté pour moi a toujours été sans bornes.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41552025\\_0091](https://archive.org/details/IA41552025_0091)

Le traitement des suppurations pelviennes, sur lequel tout semblait avoir été dit, est devenu un sujet d'actualité. Quand Lawson Tait, le 11 février 1872, enleva, pour la première fois, par la laparotomie, les annexes malades, il réalisa un énorme progrès dans la thérapeutique gynécologique. Il paraissait impossible de pouvoir faire mieux après les diverses publications qui ont montré et la bénignité et la valeur curative de cette opération. Mais il y a des cas où l'opération de Lawson Tait est insuffisante ou dangereuse. Contre ces cas, les meilleurs esprits acceptent l'hystérectomie vaginale. D'autres voudraient la substituer à la laparotomie chaque fois que l'ablation bilatérale des annexes est indiquée. Il y a deux ans environ que cette nouvelle méthode est mise à l'étude. Le moment semble donc propice pour se demander les résultats qu'ont obtenus les chirurgiens par l'hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines; dans quelles conditions on peut y avoir recours, et s'il faut la substituer complètement à la laparotomie. C'est ce que je me propose d'étudier dans ce travail. Je ne me dissimule pas les difficultés de la tâche que j'ai entreprise, et, à défaut d'autres mérites, on m'accordera, je l'espère, celui d'avoir tenté, après un examen rigoureux des observations, de poser des indications, qui, si elles pouvaient être suivies, diminueraient certainement la mortalité opératoire

consécutive aux interventions dans les suppurations péri-utérines.

Arrivé au terme de mes études, je suis heureux, obéissant ainsi à la tradition, d'adresser un public hommage aux maîtres qui m'ont appris à connaître et à aimer la chirurgie.

Le premier de mes maîtres, M. Féréol, a déjà disparu. J'adresse à sa mémoire le tribut de mes regrets et de ma sincère gratitude.

J'ai été l'interne de MM. Richelot, Chaput, Reclus, Le Dentu, Bazy, Barth, Routier, Labbé et Michaux. Ils m'ont tous accueilli avec une bienveillance dont je garderai un précieux souvenir. Ils m'ont tous donné un exemple et des leçons que je tâcherai de n'oublier jamais.

Que MM. Labbé et Michaux, auprès desquels je viens de passer ma quatrième année d'internat, acceptent l'hommage de toute ma gratitude pour la bonté dont ils n'ont cessé de me donner des preuves.

Je remercie MM. Richelot, Reclus, Peyrot, Nélaton, Bazy et Routier qui ont eu l'amabilité de me confier leurs observations.

Que M. le professeur Le Dentu, dont j'ai été l'externe et l'interne, veuille bien croire aux sentiments les plus sincères de toute ma reconnaissance, et pour l'enseignement que j'ai puisé auprès de lui, et pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

---

## INTRODUCTION

*Que faut-il entendre par suppurations péri-utérines ? Quelle est leur marche clinique ? Leur diagnostic est-il possible ?* — Je désire, avant d'entrer dans mon sujet, établir, sur ces trois questions, les points admis sans conteste en me plaçant surtout au point de vue clinique et opératoire. Il me sera permis ainsi de ne pas confondre plus tard des choses qu'il faut absolument séparer.

Comme le dit M. Segond (1), « les phlegmasies péri-utérines comprennent trois variétés distinctes : les salpingo-ovarites, les phlegmons, les péritonites pelviennes. L'individualité de ces trois localisations inflammatoires n'a pas été toujours reconnue — tant s'en faut » et « jusqu'à ces dernières années les gynécologues ont alternativement nié l'une ou l'autre de ces affections ou bien soutenu la suprématie de l'une d'elles (2). »

Pour Nonat, toute phlegmasie péri-utérine était un phlegmon ayant pour siège le tissu cellulaire ; pour Bernutz et Goupil une péritonite. Dans ces derniers temps, les gynécologues, repoussant et le phlegmon et la péritonite, n'incriminent que la trompe et l'ovaire. Toute suppu-

(1) Traité de chirurgie, tome 8, p. 543.

(2) Delbet. — Traité des suppurations pelviennes, p. 2.

ration péri-utérine serait un pyo-salpinx ou un pyo-ovaro-salpinx. Mais, comme le dit M. Delbet, ces trois grandes conceptions ont leur part de vérité. « Leur exagération seule est vicieuse : le phlegmon de Nonat existe — la pelvi-péritonite existe — les salpingistes existent — chacune d'elles a une place spéciale dans la nosologie » (1).

La trompe est-elle l'intermédiaire nécessaire entre l'infection endométritique, point de départ de toute suppuration péri-utérine, et le phlegmon du ligament large ou la pelvi-péritonite ? Non. Pour le phlegmon du ligament large, la chose est admise sans contestation ; l'infection se fait alors par la voie lymphatique. Pour la pelvi-péritonite, la question est beaucoup plus discutée. Mon maître M. Reclus (2), récemment, est venu plaider, avec preuves à l'appui, l'indépendance, rare il est vrai, de la pelvi-péritonite, et lui reconnaît également une origine lymphatique. Admettons donc et la pelvi-péritonite et le phlegmon du ligament large, maladies aiguës, récentes, des *accoucheurs*, sans nous y arrêter plus longtemps. Le traitement conservateur guérit ces affections ; par une simple incision du cul-de-sac postérieur, pour la pelvi-péritonite, par une incision vaginale ou une incision sous-péritonéale, pour le phlegmon du ligament large, suivant que l'on a le plastron vaginal ou le plastron abdominal.

Mais dans la grande majorité des cas, la trompe et l'ovaire sont le siège des abcès du petit bassin. Ils peuvent exister isolément ou s'accompagner de péri-salpingite suppurée, soit du côté du péritoine pelvien, soit du

(1) Delbet. — Traité des suppurations pelviennes, p. 6.

(2) Reclus. — Semaine médicale, 1891.

côté du tissu cellulaire du ligament large. Dans le premier cas, on aura le *pyo-salpinx* ou le *pyo-ovaro-salpinx enkysté* ; dans le second, la *suppuration pelvienne proprement dite*.

Étudions très rapidement l'anatomie des suppurations de la trompe et de l'ovaire isolées ou s'accompagnant de péri-salpingite.

A. — *Lésions suppurées des trompes*. — Elles se présentent sous deux grandes formes, comme M. Pozzi le fait remarquer (1), selon « qu'elles aboutissent ou non à la formation d'une tumeur kystique ». Dans le premier cas, la trompe ouverte en dedans, contient du pus qui s'écoule par l'utérus et ne forme pas tumeur ; dans le second, au contraire, l'ostium utérinum est fermé, la trompe se dilate, l'abcès de la trompe proprement dit est constitué. On aura ainsi la *salpingite aiguë purulente non kystique* et le *pyo-salpinx* ou *kyste purulent de la trompe* (2).

a. — *La salpingite aiguë purulente* est plus rare que le *pyo-salpinx*. Les lésions macroscopiques sont celles de la salpingite catarrhale exagérées : gonflement, rougeur, direction contournée, aspect bosselé, noueux de l'oviducte. Les franges du pavillon fusionnées et agglutinées ferment l'orifice abdominal. Les parois de la trompe sont épaissies et peuvent présenter de distance en distance de petits abcès pariétaux signalés pour la pre-

(1) Pozzi. — Traité de gynécologie, 2<sup>e</sup> édition, p. 613.

(2) Une partie de ce qui suit est le résumé des articles et ouvrages suivants (Pozzi. Traité de gyn., p. 622 et 645. — Segond. Traité de chir., p. 549 et suiv. — Montprofit, Th. Paris, 1888. — Lavie, id. — Mordret, Th. Paris, 1890.

mière fois par Seuvre (1) et sur laquelle M. d'Hotmann (2) a appelé de nouveau l'attention. Du pus crémeux est contenu dans la cavité de la trompe qui présente des dilatations et des points rétrécis intermédiaires correspondant aux coudures. La muqueuse est grisâtre, hypertrophiée, et présente des végétations papillaires assez considérables qui cloisonnent la lumière de la trompe en petites cavités secondaires. *L'orifice utérin est perméable* (d'où écoulement de pus par l'utérus — *salpingite pro-fluente*).

Au microscope, on rencontre des lésions qui accompagnent toute inflammation intense : la chute de l'épithélium vibratile remplacé par des cellules cubiques ou plates — l'infiltration des mailles du tissu conjonctif par des cellules embryonnaires et la dilatation des vaisseaux.

Cette salpingite purulente peut guérir spontanément, subir des modifications ou se transformer en pyo-salpinx.

Rarement la guérison est absolue. Mais une terminaison fréquente de la salpingite purulente est *la salpingite chronique parenchymateuse*, amenée par l'organisation fibreuse des exsudats embryonnaires, l'organisation des végétations amenant la disparition de la lumière salpingienne. La trompe épaissie et duré est adhérente à la paroi pelvienne, et l'ovaire, prolabé, adhérent dans le Douglas. Cette salpingite parenchymateuse présente deux formes : *la forme hypertrophique* (Kaltenbach) *et la forme atrophique* (Boldt) (3), véritable cirrhose de la trompe.

(1) Seuvre, Th. Paris, 1874.

(2) D'Hotmann de Villiers, Th. Paris, 1892.

(3) Boldt. — American Journal of Obst., 1888, p. 122.

Dans ces variétés, l'orifice externe de l'oviducte est oblitéré, mais l'orifice utérin est perméable — en partie du moins — Si l'intensité de l'inflammation, le gonflement, et l'infiltration des parois amènent son oblitération — la trompe se dilate par la rétention du pus et le pyo-salpinx est constitué. On voit donc que le pyo-salpinx est l'aboutissant de la salpingite purulente et que sa formation dépend de l'oblitération de l'ostium uterinum.

b. — Le *pyosalpinx* ou *kyste purulent de la trompe* unilatéral ou bilatéral envahit rarement la trompe dans sa totalité. Le plus souvent un ou deux centimètres de l'oviducte près de la corne utérine (isthme de Barkow) présentant leurs dimensions presque normales et la dilatation porte surtout sur les 2/3 externes (sur l'ampoule de Henle), ce qui donne à l'abcès la forme d'une cornemuse ou d'une poire. Ses dimensions peuvent être fort variables puisqu'on en a cité, contenant 1200 gr. de pus (1) et ayant les dimensions d'un estomac. Le volume le plus ordinaire est celui d'une petite poire. La tumeur peut dépasser le détroit supérieur, atteindre l'arcade crurale et remonter même à 2 ou 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La coloration est blanc-jaunâtre. L'aspect est souvent modifié par les adhérences et les épaississements du péritoine fixant le plus souvent la trompe et l'ovaire derrière l'utérus. L'ovaire peut être perdu dans les fausses membranes. Le pyo-salpinx peut être un hémato-salpinx modifié et suppuré.

Les parois sont épaissies pour les uns (Segond), amincies et fibreuses pour les autres (Montprofit). D'après Montprofit, les parois ne seraient épaisses et contractiles

(1) Dagron. — Bullet. de la Soc. Anatomique, 1888, p. 26.

que dans les cas où l'orifice interne est perméable, permettant l'issue du pus sous l'influence des contractions salpingiennes, ce qui est douteux pour M. Pozzi.

*Salpingites intra-ligamentaires.* — Montprofit (1), signalant la chute de l'ovaire et du pavillon en arrière où ils deviennent adhérents à la face postérieure du ligament large, cite l'englobement de l'ovaire par des fausses membranes le faisant disparaître et donnant l'aspect d'un ligament large enflammé, élargi, épaissi. Et il ajoute : « La trompe et l'ovaire, ainsi emprisonnés contre le ligament large, donnent lieu ultérieurement aux abcès qui sont en voie d'évolution et qui, le plus souvent, ont l'ovaire pour siège. Ces abcès arrivent même à détruire la lame postérieure du ligament large et ils finissent, en réalité, par être situés dans son épaisseur. C'est ainsi que peuvent s'expliquer les faits qui ont été rencontrés par tous les chirurgiens, dans lesquels on est obligé d'inciser le ligament large, en avant de la trompe, et de le dédoubler pour extraire les tumeurs. »

M. Doyen signale des faits analogues : le ventre ouvert,... devant l'impossibilité de détacher les poches du péritoine pariétal, il reconnaissait, après un examen attentif : « que la séreuse recouvrait les poches tubo-ovariennes, passait au-dessus d'elles comme s'il se fût agi d'un kyste du ligament large (2). »

Les lésions microscopiques sont peu importantes à connaître pour nous, mais ce qui a plus d'intérêt c'est la *qualité du pus* contenu dans la trompe. Il est crémeux,

(1) Montprofit, loco citato, p 34.

(2) Doyen. — Arch. prov. de chirurgie, 1892, p. 460.

bien lié, quelquefois fétide. Il est rare que le pus salpingien soit fétide. La fétidité est plus fréquente dans les abcès péri-salpingiens et dans la pelvi-péritonite. Voici une observation d'une malade opérée à Beaujon le 24 septembre 1892, qui présentait une énorme poche salpingienne contenant du pus infect. Laparotomie : poche, parois épaisses, contenant pus fétide, ouverture, suture à la paroi : mort. L'autopsie montre qu'il s'agissait de poches salpingiennes adhérentes à tout le petit bassin. Mon ami Buscarlet a trouvé du streptocoque dans un abcès fétide. (V. obs. 92).

Dans un tiers des cas, le pus renferme des micro-organismes. Vertheim, sur 116 cas, a trouvé 32 fois le gonocoque, 6 fois le streptocoque, une fois le staphylocoque, une fois le diplocoque de Frankel, 4 fois des micro-organismes non classés et 72 fois les cultures sont restées négatives.

M. Boileux (1) a examiné le pus de 42 abcès pelviens ; il a trouvé 36 fois du pus virulent à staphylocoque doré et blanc et à streptocoque. *Il n'a jamais trouvé le gonocoque.* Doleris et Bourges (2) ont trouvé dans le pus du pyo-salpinx du streptocoque et un petit bacille, le *proteus vulgaris*, dû à une affection secondaire ; Hentzfeldt (3) admet le gonocoque dans 18 % des cas. Wite (4) a trouvé une fois le bacille lancéolé de Frankel. Il y a 2 cas semblables : un de Zweiffel et l'autre de Frommel. Doyen (5) a rencontré le *bactérium coli* commune.

(1) Boileux, Lyon Médical, 90, 10<sup>e</sup> Congrès de Berlin, 90.

(2) Doleris et Bourges. Société de Biologie, 12 nov. 1892.

(3) Hentzfeldt, Congrès international de Dermatologie et de syphiligraphie de Vienne, 1892.

(4) Wite. Gazette hebdomadaire, 1892, p. 431.

(5) Doyen. Archives provinciales de Chirurgie, 1892.

Une forme spéciale de pyo-salpinx suppuré est le *pyo-salpinx tuberculeux* ou l'abcès froid de la trompe, décrit pour la première fois par M. Brouardel (1), ne présentant rien de particulier à première vue. Mais on peut assez facilement reconnaître des tubercules sur la trompe et sur le péritoine voisin. L'examen histologique permet de trouver le groupement caractéristique du tubercule et le bacille de Koch. Ce dernier peut manquer parce qu'il a disparu.

B. — Les *Lésions de l'ovaire* accompagnent presque toujours les affections suppurées des trompes, mais elles sont moins avancées. L'ovaire peut suppurer indépendamment de la trompe, ce qui est rare. Les lésions ovariennes peuvent être consécutives à la péritonite de voisinage et procèdent alors de la surface vers le centre. Cette péri-ovarite n'est pas nécessaire. Le plus souvent, les lésions de la trompe atteignent l'ovaire par propagation.

Les lésions de l'ovaire présentent deux variétés principales : l'*ovarite scléro-kystique* et l'*ovarite suppurée*.

a. — Dans l'*ovarite scléro-kystique*, l'ovaire est augmenté de volume, quelquefois peu, quelquefois beaucoup (œuf de pigeon et mandarine). Cette augmentation est en rapport avec la grosseur des kystes. Il présente à la surface de petites saillies arrondies, comme un grain de blé ou un noyau de cerise, transparentes, contenant un liquide limpide. La surface interne de ces petites cavités est tapissée par une mince membrane blanchâtre lisse, s'il s'agit de gros kystes, dont les plus gros atteignent rarement les dimensions d'un œuf

(1) Brouardel. Th. Paris, 1865.

de pigeon. Sur une coupe le parenchyme renferme en général de ces kystes. Il offre alors un aspect aréolaire, ou un aspect blanchâtre et œdémateux, brillant, humide, suintant quand on le presse.

Cette dégénérescence est le plus souvent consécutive à une poussée aiguë d'ovarite qui s'accompagne d'infiltration de cellules embryonnaires, dans la couche corticale d'abord, dans le parenchyme ensuite, aboutissant à la sclérose de l'organe. Cette sclérose peut être si intense qu'il y a atrophie totale de l'ovaire qui est alors diminué de volume et ratatiné. La sclérose et la dégénérescence kystique sont le plus souvent concomitantes.

b. — L'ovarite suppurée se rencontre le plus souvent avec le pyo-salpinx, mais elle peut exister isolément. Dans le premier cas, l'infection se fait par propagation; dans le second, elle part de l'utérus pour atteindre l'ovaire par la voie lymphatique. Les abcès de l'ovaire sont d'abord multiples, siégeant dans les ovisacs. Ils s'unissent par fonte purulente du tissu conjonctif interposé et arrivent à constituer un seul abcès de dimensions variables, ne dépassant presque jamais le volume d'une mandarine. L'ovaire et la trompe sont souvent confondus en une poche unique. L'ovaire suit la trompe dans son déplacement dans le Douglas « *il est lié à sa fortune* (Aran) ».

Le pus est crémeux, épais. Veit (1) y a décelé le streptocoque et jamais le gonocoque. Gottschalk (2) a trouvé dans un cas une affection mixte.

(1) Veit. — Société obstétricale et gynécolog. de Berlin, 13 déc. 1889.

(2) Gottschalk. — Mercredi médical, 1891, p. 363.

*Péri-salpingite.* — Jusqu'ici, j'ai décrit seulement les lésions de la trompe et de l'ovaire, mais elles entraînent souvent dans leur voisinage un processus inflammatoire qui aboutit à des adhérences, soit dans le cul-de-sac de Douglas, soit à la face postérieure de l'utérus, soit à l'enceinte pelvienne. Si les deux côtés sont suppurés et que les adhérences soient étendues, elles forment à la partie supérieure du petit bassin, un dôme englobant les organes et amenant leur fusion. Il y a là une véritable pachy-péritonite avec formation de fausses membranes qui présentent des lymphatiques nombreux et des vaisseaux importants. On rencontre des adhérences souvent intimes avec le rectum, l'S iliaque, l'intestin grêle, l'épiploon, le cœcum, l'appendice vermiforme. Entre les anses intestinales, dans l'épaisseur de l'épiploon, on peut observer des abcès. Mais, au lieu de ce simple processus fibreux, une péri-salpingite purulente peut exister et, suivant que cette complication se produit du côté du péritoine ou du côté du tissu cellulaire du ligament large, on a la *pelvi-péritonite* ou l'*abcès du ligament large*.

*a.* — *Quelques auteurs nient la pelvi-péritonite même secondaire à la salpingite.* — Quoi qu'il en soit, quand la suppuration tout autour de la trompe et de l'ovaire survient, « les annexes suppurées sont alors perdues au milieu de collections purulentes multiples séparées les unes des autres par des anses intestinales agglomérées ou des franges épiploïques (1). »

Quand ces abcès sont anciens, les parois qui les limitent, épaissies par des dépôts incessants de fausses

(1) Segond, Traité de Chirurgie, VIII p., 594.

membranes, deviennent ligneuses, confondant tous les organes pelviens, à tel point qu'il est impossible ou dangereux de tenter la décortication des poches purulentes.

*b. — L'abcès du ligament large* consécutif au pyosalpinx se rencontre quelquefois (je n'ai nullement en vue l'abcès puerpéral). Comme le fait remarquer Montprofit(1), le premier résultat de l'augmentation de volume de la trompe est de supprimer le méso-salpinx, d'où contact de la trompe et du tissu cellulaire intra-ligamenteux. Des abcès s'observent alors au-dessous de la trompe dus, ou à la propagation, ou à la rupture de cet organe. J'ai présenté à la Société Anatomique un cas de ce genre (2). La suppuration peut s'étendre plus ou moins loin et atteindre même la fosse iliaque. Si le péritoine, la trompe et le tissu cellulaire sont purulents, l'utérus baigne alors dans une véritable « éponge purulente. »

*État de l'utérus.* — Dans les suppurations péri-utérines, l'utérus, point de départ de l'infection, présente les lésions vulgaires de la métrite catarrhale purulente ou hémorrhagique. Il est, en général, en rétroflexion adhérente. Le corps utérin est augmenté de volume; on trouve, en outre, des lésions histologiques, qui ne nous intéressent pas.

On peut rencontrer des fibromes interstitiels ou sous-muqueux; cette dégénérescence fibromateuse n'est pas rare. Le col enfin peut être épithéliomateux: c'est là souvent une simple coïncidence (3).

(1) Montprofit. Loco citato, p. 33.

(2) Lafourcade, Société Anatomique, 1891.

(3) Les suppurations qui accompagnent les lésions utérines ou d'autres lésions des annexes portent le nom de suppurations secondaires. Les autres seraient primitives.

Telles sont les principales physionomies que peuvent revêtir les suppurations péri-utérines, qu'elles soient enkystées ou diffuses. Au point de vue opératoire, elles présentent trois grandes variétés :

1° Annexes suppurées très adhérentes et non énucléables.

2° Annexes adhérentes mais encore énucléables.

3° Annexes libres ou peu adhérentes.

On peut ajouter, au point de vue du siège :

1° Poches siégeant bas, incluses dans le petit bassin.

2° Poches remontant dans la cavité abdominale avec prolongement pelvien nettement appréciable.

3° Poches remontées et n'ayant que peu ou point de relations avec les culs-de-sacs vaginaux.

*Quelle est la marche clinique des suppurations péri-utérines ?* — Un fait très remarquable, c'est la façon dont sont tolérés certains de ces abcès. On voit des malades aller, venir, vaquer à leurs occupations présentant très peu de symptômes fâcheux et cela avec de grosses et anciennes poches purulentes dans le petit bassin. Tout le monde connaît le cas de Lawson Tait, enlevant à une malade qui n'avait jamais souffert, un énorme pyo-salpinx bilatéral, sur le point de se rompre dans le ventre. Mais c'est là l'exception et, en général une période à grands fracas précède la période de tolérance du pyo-salpinx, jusqu'au jour où survient une poussée de péri-salpingite. Les poussées successives, avec des alternatives d'accalmies, sont un signe différentiel du pyo-salpinx. Mais dans son ensemble la marche du pyo-salpinx est lente et chronique différant essentiellement de celle de la pelvi-péritonite primitive qui est rapide. Non seulement les suppurations

péri-utérines gênent par la douleur qu'elles occasionnent et par l'aggravation qu'elles apportent au *syndrome utérin*, mais elles sont encore dangereuses, et les formes les plus chroniques peuvent devenir mortelles.

Sous l'influence d'une poussée aiguë, la collection subit une augmentation de volume rapide souvent considérable qui amène sa rupture. La rupture peut se faire, soit dans le péritoine amenant une péritonite suraiguë, soit dans le rectum, soit dans le vagin. L'ouverture dans le rectum est la plus fréquente. Delbet (1) en a réuni 19 contre 6 dans le vagin et 6 à la paroi abdominale. Ces dernières ouvertures se rencontrent de préférence dans le phlegmon du ligament large. L'ouverture dans la vessie n'est pas exceptionnelle. (J'en ai vu 2 cas dont l'un fait l'objet d'une observation.)

J'ai observé, avec M. Michaux, une malade opérée le 4 Septembre 1892 qui présentait une ouverture d'une poche salpingienne gauche très volumineuse dans l'intestin grêle. L'anse intestinale était intimement accolée à la poche, et l'orifice intestinal ne fut apparent qu'après l'ouverture de l'abcès qui était franchement stercoral.

Ces ouvertures spontanées n'amènent la guérison que rarement. Les douleurs ne se calment pas, des accidents sérieux peuvent survenir. L'état général s'aggrave. L'amaigrissement, l'hecticité, la cachexie et la mort surviennent.

*Peut-on diagnostiquer avec certitude le pio-salpinx et la péri-salpingite suppurée ?* — Cette question a une très grande importance. La plupart des gynécologistes admettraient l'H. V. dans le plus grand nombre des pyo-salpinx,

(1) Delbet. Loco citato, p. 13.

s'ils étaient assurés du diagnostic. MM. Terrier, Championnière, Pozzi ont indiqué à la Société de Chirurgie que cette difficulté du diagnostic était un des plus grands arguments contre l'H.V., la laparotomie étant, avant tout, une opération de contrôle. Je ne désire pas traiter la question du diagnostic différentiel des affections du petit bassin, mais me demander quand on est en présence d'une *lésion inflammatoire des annexes*, jusqu'à quel point on peut admettre sa purulence.

Il y a des cas où l'on peut être affirmatif, et d'autres où l'on ne peut que se tenir sur la réserve :

A. — Quand une malade présente les antécédents ordinaires et les signes physiques d'une tumeur salpingienne et qu'elle perd du pus par l'utérus, soit spontanément, soit par pression abdominale, ou qu'elle présente une fistule rectale ou vaginale, le doute n'est pas possible. Il en est de même si la malade raconte qu'à un moment donné (le plus souvent pendant une poussée aiguë) elle a perdu une quantité de pus par le rectum, évacuation suivie d'un bien-être momentané, que les accidents ont reparu et que l'on constate une tumeur annexielle.

Voici un autre tableau clinique qui peut être observé et qui amène le chirurgien à une probabilité si forte qu'elle équivaut à la certitude: La malade ayant dans ses antécédents le syndrome utérin, est prise brusquement de douleurs violentes avec fièvre, ballonnement, vomissements, constipation, rapidité du pouls, faciès abdominal. Le tout se calme après quelques jours de repos. Si on examine cette malade quelques mois plus tard on constate un enclavement et une immobilité complète de l'utérus. Les culs-de-sacs sont effacés, le postérieur est occupé par

une tumeur faisant corps avec l'utérus, de fluctuation très douteuse se prolongeant dans les culs-de-sacs latéraux, séparée à peine de la matrice par un sillon et dont la limite supérieure est difficilement appréciable, avec ou sans plastron abdominal. La température est au-dessus de la normale 38°-38° 5. Le tout est douloureux à la pression. Ici encore pas de place au doute : il s'agit de suppuration du petit bassin. Cette température peut ne pas se rencontrer, dans les cas plus anciens où le pus péri-annexiel a disparu par évacuation, pour ne persister qu'à l'intérieur des annexes, mais alors les adhérences péri-utérines sont intimes ; les adhérences des organes entre eux et à l'intestin et à l'épiploon sont presque certaines, on observe le vagin de carton. Au point de vue chirurgical, il ne faut pas l'oublier, ce dernier cas se rapproche du précédent.

B. — Dans ces cas le diagnostic de salpingite et de péri salpingite suppurée est certain ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Le diagnostic devient facile quand se rencontrent surtout des symptômes de péri-salpingite. Si au contraire la tumeur salpingienne unie ou bilatérale est très nettement circonscrite sur les faces latérales de l'utérus, sans ou avec peu d'empâtement tout autour, le diagnostic est très difficile. L'utérus est alors mobile et l'examen physique ne peut donner que des renseignements douteux, car il donne les mêmes résultats, ou peu s'en faut, pour le pyo, l'hydro et l'hémato-salpinx, mais c'est là un signe qui n'a pas de valeur. La fièvre, le soir, de temps en temps, peut s'observer. La température monte à 38°, rarement plus. Mais de très gros pyo-salpinx peuvent être complètement apyrétiques. D'autre part des

hydro-salpinx amenant de l'irritation péritonéale autour d'eux, présentent parfois une légère élévation de température. On voit donc que la fièvre, quand elle existe, n'a pas une bien grande valeur. L'écoulement purulent par l'utérus est exceptionnel puisque l'orifice interne est oblitéré. La ponction exploratrice par la voie vaginale ou abdominale est conseillée par quelques auteurs, et, suivant le résultat de l'examen au point de vue de la virulence du pus, on opérerait par l'H.V. ou la laparotomie (1). Récemment M. Camescasse (2) a préconisé de nouveau la ponction capillaire vaginale exploratrice. Je ne crois pas cette ponction capable de rendre de grands services. Elle peut même être dangereuse à moins d'y recourir immédiatement avant de procéder à une opération curatrice.

C'est donc surtout par les commémoratifs qu'on se laissera guider pour établir la purulence. Les deux principaux, les seuls dont je parlerai, sont les suivants :

1° Le début après un acte puerpéral (accouchement, avortement ou fausse-couche).

2° Les poussées douloureuses successives avec phénomènes aigus, intermittentes et séparées par des périodes d'accalmie.

A. — La plupart des malades qui ont un pyo-salpinx ont vu leurs accidents débiter après un accouchement, un avortement ou une fausse-couche. Sur les observations ci-jointes, on ne trouve l'absence de tout acte puerpéral que rarement. C'est là un fait très important. On incrimine beaucoup la blennorrhagie. Il est possible que le gonocoque, embusqué dans la cavité cervicale, n'attende qu'une occa-

(1) Moulin-Macquart. Th., Paris, 1892.

(2) Camescasse. Th., Paris, février 1893.

sion, qu'un état anatomique favorable pour envahir les annexes. Peu importe que le gonocoque ou le streptocoque soit la cause de l'infection ; ce qui ne doit faire aucun doute pour le clinicien, c'est que les accidents du pyo-salpinx commencent souvent après un accouchement, un avortement ou une fausse-couche, c'est que la femme ne commence à souffrir, à avoir des métrorrhagies, etc., etc., qu'après un accident puerpéral.

B. — Les poussées à répétitions sont un bon signe de pyo-salpinx. La malade souffrant depuis 2 ou 3 ans raconte qu'elle a eu 2, 3 ou 4 fois des poussées très douloureuses qui se sont calmées après 2 ou 3 jours de repos. Ces abcès sont dus à des poussées de pelvi-péritonite légère et de péri-salpingite séreuse qui n'ont laissé aucun reliquat à leurs suites n'amenant ni empâtement péri-utérin ni enclavement de la matrice.

*Peut-on diagnostiquer le pyo-salpinx tuberculeux?* Dans la grande majorité des cas, on en sera réduit à de simples probabilités. La marche lente et insidieuse, l'absence de toute cause, l'état général, les lésions tuberculeuses possibles de l'utérus, l'examen des poumons peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Le bacille de Koch, entraîné par le sang, peut se fixer sur les trompes ou bien la salpingite tuberculeuse peut être secondaire à une métrite de même nature, consécutive souvent à une infection par le sperme d'un homme qui présente des lésions bacillaires du testicule ou de l'épididyme.

Telles sont les principales notions à connaître sur les suppurations péri-utérines. Je n'ai nullement l'intention de m'occuper de tous les traitements chirurgicaux opposés à ces suppurations ; je n'aurai en vue que l'H. V. Je tâcherai

d'étudier le cas où elle est indiquée et je la mettrai en parallèle avec la laparotomie trans-péritonéale. De cette comparaison découleront naturellement les indications de l'H. V. pour les suppurations péri-utérines.

Ces indications seront les conclusions de ce modeste travail.

---

## HISTORIQUE.

L'H.V. pour suppuration péri-utérine est une conquête récente de la chirurgie, et comme le fait remarquer M. Segond (1), peu de questions ont eu le secret de susciter polémiques plus violentes.» M. Péan, au mois de Juillet 1890, lit à l'Académie de Médecine (2) un mémoire où l'H.V. est conseillée dans le traitement des suppurations diffuses du petit bassin. Il part de ce principe, que l'utérus est la cause de tout le mal et que tout traitement qui ne s'adresse pas à lui, est insuffisant. Le 16 Février 1886, M. Péan avait fait une H.V. secondaire à une laparotomie, faite le 25 Mars 1882, après laquelle les douleurs n'avaient pas cessé. Sa première H.V. pour suppuration péri-utérine date du 12 Décembre 1887. (Nous verrons que M. Doyen (de Reims) a pratiqué la même opération le 3 Décembre 1887).

Pour M. Péan, l'opération de Lawson Tait, insuffisante dans les cas contraires, est excellente quand la suppuration est bien limitée à la trompe et à l'ovaire, quand la tumeur tubo-ovarienne est petite et sans adhérence. Et encore, si la collection est unilatérale et située près de l'utérus, M. Péan, au lieu de faire la laparotomie, incise la partie correspondante du vagin, ouvre et draine la poche. Il réserve l'H. V. aux cas où la suppuration est « très étendue,

(1) Segond. — Traité de chirurgie, tome 8, p. 577.

(2) Péan. — Bulletin de l'Ac. de Méd. Juillet 1890, tome 24, p. 9.

ancienne et grave », aux cas où la suppuration partie de la trompe ou de l'ovaire, fuse au loin dans le ligament large et dans le tissu cellulaire du petit bassin, aux cas, enfin, où le pus s'est fait jour dans l'un des viscères pelviens. L'H. V. pare à tous les inconvénients de la laparotomie (fistule, cicatrice, éventration). Elle est moins grave qu'elle, le péritoine étant moins exposé ; elle assure une voie large, déclive et naturelle : la guérison est plus complète, les récidives impossibles. L'utérus enfin est enlevé, lui qui est le point de départ de l'infection, et qui, après la castration abdominale, est inutile et dangereux.

Tel est le résumé rapide de la communication de M. Péan, suivie de la publication d'une leçon dans le Bulletin médical (1). Au X<sup>e</sup> congrès international de Berlin (2), ce chirurgien reprend l'apologie de l'H. V.

M. Doyen a fait sa première H. V. pour suppuration des annexes et pelvi-péritonite le 3 Décembre 1887 (3) chez une femme de 45 ans. « La laparotomie lui semblait contre-indiquée en raison des lésions de l'utérus lui-même et de la gravité de l'état général ». Il enleva les annexes en totalité après ablation de l'utérus. La priorité de M. Doyen n'est donc pas discutable, puisque la première opération de M. Péan est du 12 Décembre 1887. Mais pour le cas présent, comme bien souvent en chirurgie, du moment que M. Péan s'est fait le promoteur et le défenseur de l'H. V. dans les suppurations peri-utérines, qu'il a érigé cette méthode en principe, elle portera certainement le nom *d'opération Péan*.

Quoi qu'il en soit, M. Péan trouve peu d'imitateurs en

(1) Audain. — Bulletin médical 1890, p. 633.

(2) Péan — X<sup>e</sup> congrès international de Berlin, Août 1890.

(3) Doyen. — Archives provinciales de chirurgie, Décembre 1892, p. 473.

France et à l'étranger et son opération ne paraît pas destinée à une grande fortune, quand M. Segond (1) vient le 25 Février 1891 donner à la Société de Chirurgie, les résultats de sa pratique (23 cas). Ce chirurgien éminent, apportant à la défense de sa cause une conviction inébranlable, suscite une discussion fort brillante, mais peu de chirurgiens (sauf MM. Reclus et Nélaton) partagent sa manière de voir. M. Segond propose l'H. V. comme traitement de choix dans les suppurations péri-utérines, et dépassant même dans le cours de ses développements le sujet du titre de sa communication, il admet l'H. V. dans toutes les lésions inflammatoires *bilatérales* des annexes. Il fait de cette bilatéralité des lésions annexielles, la condition *sine qua non* de l'intervention par l'H. V. « Les indications de l'H. V. dans le traitement des suppurations sont exactement semblables à celles de l'ablation des annexes par la laparotomie, » à la condition expresse que les lésions soient bilatérales ; et, pour bien affirmer sa pensée, il ajoute : « Il ne doit être question d'H. V. que dans les cas nécessitant sûrement l'ablation bilatérale des annexes. » L'H. V. est moins grave que la laparotomie, elle guérit mieux, elle ne s'accompagne pas de cicatrice et elle n'oblige pas les malades au port continu d'une ceinture.

M. Bouilly (2) n'admet l'H. V. que comme « méthode d'exception, la laparotomie doit rester la méthode de choix. »

M. Richelot (3) admet l'H. V. dans le processus fibreux,

(1) Segond. — Bulletins et mémoires de la Soc. de Chirurgie, 1891, p. 153 (De l'H. V. dans les suppurations péri-utérines). Je remercie M. Segond pour tous les renseignements qu'il a bien voulu me donner avec la plus grande affabilité.

(2) Bouilly. — Bulletins et mémoires de la Soc. de Chirurgie, p. 178.

(3) Richelot. — Bulletins et mémoires de la Soc. de Chirurgie, p. 135, et Union médicale; p. 389-393.

dans les cas où l'utérus baigne dans une éponge purulente. « Dans ce cas faites l'H. V., ouvrez par un grand trou l'éponge purulente qui remplit la cavité pelvienne, faites ce « *drainage idéal*, » voilà si je ne me trompe la véritable indication de la méthode. Quand la laparotomie est complète et que l'extirpation des poches par cette voie est totale, que peut-on rêver de mieux, il faut tout sacrifier, sauf la vie de la femme, à l'extirpation totale des lésions. »

M. Bazy (1) croit que les indications de l'H. V. pour supurations pelviennes « seraient les cas graves, rebelles, compromettant la vie des malades, avec état général tel que la laparotomie paraît une opération redoutable et les cas où les lésions étant d'ailleurs anciennes et indiquant la laparotomie il existe des orifices fistuleux dans le vagin. » M. Bazy ajoute ainsi aux indications, la fistulisation d'une lésion ancienne.

M. Terrillon (2) vantant les résultats de la laparotomie, déclare l'H. V. supérieure dans les cas d'adhérences de l'intestin et de l'épiploon à la paroi abdominale et à la poche purulente, dans les cas où l'ablation par la laparotomie semble impossible, de lésions fistuleuses anciennes et de grosses poches purulentes très adhérentes au voisinage. Mais la laparotomie est l'opération de choix dans les petites collections bien limitées et peu adhérentes.

M. Pozzi (3) fut l'adversaire le plus déterminé de l'H. V. dans cette discussion de la Société de chirurgie. Il discute tous les avantages supposés de cette opération, n'en admet aucun. Il ne l'accepte que « secondairement

(1) Bazy. — Bulletins de la Soc. de chirurgie, 1891, p. 489.

(2) Terrillon — Bulletins de la Soc. de chirurgie, 1891, p. 197, et de Thérapeutique, 1891, p. 433.

(3) Pozzi — Bulletins de la Soc. de chirurgie, 1891, p. 303.

après une laparatomie qui aurait donné un résultat incomplet. » M. Pozzi a, en partie, changé d'opinion (1). Pour M. Routier (2), l'H. V. n'est acceptable que quand la laparotomie est impossible.

M. Terrier (3) n'admet l'opération de Péan que dans les cas très graves de pelvi-péritonite suppurée compliquant les salpingites bilatérales ou dans les récidives après l'ablation des annexes par la laparotomie.

M. Lucas-Championnière (4) dans les cas de pelvi-péritonite avec poches anfractueuses admet l'H.V.; il insiste surtout sur l'impossibilité du diagnostic : ce qui doit faire préférer la laparotomie qui est une opération de contrôle avant d'être curatrice et permettant de s'arrêter à temps. M. Reclus (5) est partisan déclaré avec M. Nélaton des conclusions de M. Segond, et M. Segond, résumant les débats, constate que presque tous les membres de la Société de Chirurgie qui y ont pris part admettent l'opération de Péan dans les cas de suppurations pelviennes graves et la repoussent pour les poches purulentes énucléables.

Tel est le résumé de cette longue discussion à la Société de chirurgie. M. Pozzi (6), plus tard, publie un article où sa communication à la Société de Chirurgie est développée. Cet article amène une réponse de M. Reclus (7) où les indications de l'H.V. pour suppurations sont très nettement posées. MM. Pozzi et Baudron (8), dans la *Revue de Chi-*

(1) Pozzi — Traité de Gynécologie, 2<sup>e</sup> éd., p. 700.

(2) Routier — Société de chirurgie, p. 313.

(3) Terrier — Société de chirurgie, 1891, p. 449.

(4) Lucas-Championnière. — Mém. de la Société de chirurgie, p. 333.

(5) Reclus. — Mém. de la Société de chirurgie, p. 330.

(6) Pozzi. — Gazette hebdomadaire, 1891, p. 186.

(7) Reclus. — Gazette hebdomadaire, 1891, p. 193.

(8) Pozzi et Baudron. — Revue de Chirurgie, 1891, p. 633.

*rurgie*, publient quelques cas où la valeur de la laparotomie est le plus contestée, insistent sur les difficultés quelquefois grandes du diagnostic et sur la certitude que donne la laparotomie par l'exploration du bassin. Même les cas de suppurations diffuses chroniques du bassin succédant au pyo-salpinx double devenu chronique et compliqué de collections purulentes circum-voisines ne sont pas au dessus des ressources de la laparotomie. Cependant ils concèdent que dans ces cas la laparotomie est très périlleuse et que l'H.V. peut lui être préférable; comme conclusion, ils disent: l'H.V. n'est indiquée que quand elle est très difficile.

M. Doléris (1) attaque vivement l'H.V. D'après lui, « il est très probable que le temps fera pour l'ablation d'un utérus sain ou malade dirigé contre l'inflammation curable ou incurable des annexes ce qu'il a fait pour l'H.V. dans les cancers inopérables. » Quant aux excès de l'H.V. contre lesquels Doléris s'élève, on pourrait lui dire qu'il y a eu aussi de bien grands excès de laparotomies, et que l'on a enlevé souvent des ovaires normaux..... L'existence de petits kystes était, dans ces cas, la seule excuse de l'opérateur!

Le 1<sup>er</sup> Avril 1891 (2) au Congrès Français de Chirurgie à propos de la question posée: « Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections néoplasiques de ces organes, » MM. Segond et Doyen sont les seuls à préconiser l'H.V. dans le traitement des suppurations péri-utérines.

La question en était là quand une deuxième discussion s'ouvrit à la Société de Chirurgie (3) le 28 octobre 1891 à la

(1) Doléris.—Nouv. archives d'Obstétrique et de Gynéc., 1891, p. 309 et 401.

(2) Congrès Français de Chirurgie, 1891, p. 147.

(3) Terrillon. — Mém. de la Soc. de Chirurgie, 1891, p. 606.

suite d'une communication de M. Terrillon. Ce chirurgien avait 4 fois hystérectomisé des femmes dont les lésions étaient très graves. Il arrivait aux conclusions suivantes : Le traitement des suppurations pelviennes par l'ablation de l'utérus ne doit pas être généralisé à toutes les suppurations et à plus forte raison à toutes les salpingites, qu'il vaut mieux traiter par la laparotomie. « Lorsque ces abcès sont anciens, fistuleux ou à répétition et qu'autour d'eux existent des désordres étendus dans le bassin, l'opération de Péan peut rendre de grands services, car la laparotomie dans ce cas peut être impuissante ou dangereuse. »

M. Richelot (1), après avoir mis à l'étude l'H. V. pour les suppurations péri-utérines, arrive à cette conclusion : « Dans les suppurations complexes de la cavité pelvienne, l'H. V., plus sûrement efficace et plus bénigne que la laparotomie, a sur cette dernière une supériorité incontestable. »

M. Quénu (2) vient communiquer les résultats de six H. V. pour pyo-salpinx, toutes suivies de guérison. Il préfère cette opération à la laparotomie dans les pyo-salpinx ouverts dans le rectum ou le vagin, immobilisant l'utérus, très-adhérents ou tuberculeux. M. Peyrot (3) publie deux observations. Il reconnaît qu'il y a des cas où la laparotomie est impraticable et où convient l'opération de Péan. Il a constaté, après l'H. V., la production d'empâtements péri-vaginaux et des douleurs abdominales. M. Bouilly n'accepte l'H. V. que quand la laparotomie est impraticable.

On voit, d'après cette seconde discussion, dont je résume les points principaux, que l'opération de Péan,

(1) Richelot. — Mém. de la Soc. de Chirurgie, p. 613.

(2) Quénu. — Mém. de la Soc. de Chirurgie, p. 633.

(3) Peyrot — Mém. de la Soc. de Chirurgie, p. 651.

tentée par quelques chirurgiens, avait donné de bons résultats et qu'elle était acceptée dans des cas déterminés. M. Pozzi (1), lui-même, qui paraissait devoir être irréciliable, écrit : « Il faut réserver l'H. V. aux cas où l'extirpation des lésions serait manifestement impossible. Son grand avantage est d'éviter les manœuvres laborieuses destinées à détacher les anses intestinales et à rechercher les collections disséminées dans la masse inflammatoire qui remplit le petit bassin. » Il lui donne le nom d'H. V. *évacuatrice*.

Jacobs (2) (de Bruxelles) est partisan de l'H.V. dans le pyo-salpinx. Rouffaert (3) (de Bruxelles) publie le résultat de ses observations sur l'H.V. qu'il déclare supérieure à la laparotomie. M. Pichevin (4) repousse complètement l'H.V.; il reprend ses arguments au Congrès de Bruxelles qui ont surtout trait à la difficulté du diagnostic. M. Stéphane Bonnet (5) déclare que la laparotomie est l'opération de choix dans le traitement des suppurations pelviennes et plus bas il ajoute : « L'H. V. sera la ressource suprême contre ces cas complexes heureusement rares de pyo-salpinx ou d'ovaro-salpingites compliquées de pachypéritonite, de suppuration de tissu cellulaire avec ou sans fistule ; elle sera aussi l'opération de choix après échec ou insuffisance de la laparotomie. »

Mon maître, le professeur Le Dentu (6) n'admet l'H. V., que quand « existent des poches purulentes multiples dont

(1) Pozzi. — Traité de Gynécologie, 2<sup>e</sup> éd., p. 700.

(2) Jacobs. — Presse médicale belge, 1891, p. 625, 628.

(3) Rouffaert. — Clinique de Bruxelles, décembre 1891, janvier 1892.

(4) Pichevin. — Médecine moderne, 10 décembre 1891, p. 848.

(5) St. Bonnet. — Revue générale Gazette Hôp., 16 janv., 1892.

(6) Le Dentu. — Revue générale Gazette des Hôpitaux, 25 Février 1892, N° 25.

l'extirpation serait impraticable » ou secondairement à une laparotomie insuffisante.

En Allemagne, M. Landau (1) préconise l'H.V. partielle dans le traitement des suppurations. Il enlève à l'utérus un morceau suffisant pour permettre l'écoulement et le drainage. Il compare même cette ablation à la résection costale dans la pleurésie purulente. Sonnemburg (Berlin), Sanger (Leipzig) Czerny, Martin ne font que la laparotomie (Michaux).

Au congrès périodique international de Bruxelles (13-17 Sept. 1892) la principale question à l'ordre du jour était le traitement des suppurations pelviennes. M. Segond fut nommé rapporteur. Il plaide chaudement, devant le congrès, la cause de l'H.V., M. Péan réfute, après M. Segond, toutes les objections et les reproches que l'on adresse à l'H.V.: l'hémorragie, le sacrifice de parti-pris d'une fonction que l'on pourrait conserver si les lésions étaient unilatérales et il est impossible de savoir si elles le sont, l'impossibilité d'enlever par la voie vaginale tout le tissu morbide qui devient la source de fistules intarissables et de récidives. M. Péan donne enfin sa statistique de 150 opérations avec un seul décès, portant toutes sur des suppurations très graves.

M. Richelot vient poser les indications de l'H.V. et publier les résultats de sa pratique. MM. Jacobs et Rouffaert enfin se déclarent partisans de l'H.V. dans le traitement du pyo-salpinx.

Je signalerai, pour terminer, le récent article de M. Segond (2), la publication de M. Doyen (3), les thèses de MM. Moulin-Macquart (4) et Camescasse (5).

(1) Landau. — Centr. für gyn., Septembre 92.

(2) Segond. — Traité de Chirurgie, tome VIII.

(3) Doyen. — Archives provinciales de Chirurgie, Décembre 1892.

(4) Moulin-Macquart. — Th. doctorat Paris 1892.

(5) Camescasse — Th. doctorat Paris. Fév. 1893.

Tel est le chemin parcouru (1) par l'H.V. dans le traitement des suppurations pelviennes, depuis le mois de Juillet 1890. On voit que les chirurgiens mettent de plus en plus en pratique ce procédé opératoire et qu'il est déjà entré dans le domaine de la chirurgie courante. D'abord acceptée avec une grande défiance, l'H.V. a été courageusement mise à l'étude par les partisans les plus convaincus de la laparotomie et ils s'en sont si bien trouvés que l'un d'eux, M. Bouilly, écrivait à M. Segond le 11 Août 1892 : « Je crois que l'H.V. a de grandes chances pour devenir l'unique méthode des ablations anœxielles bilatérales quand celles-ci sont nettement indiquées. Dans les cas difficiles de suppuration le choix s'impose dès maintenant, dans les cas simples, l'opération ne me paraît ni plus grave, ni plus difficile que la laparotomie et l'ablation de l'utérus me paraît plus utile que sa conservation. »

## OPÉRATION

Après avoir indiqué la préparation de la malade, les aides et les instruments nécessaires, j'étudierai les principaux procédés opératoires mis en usage. Ils peuvent se classer sous quatre chefs :

(1) Les épreuves de cette thèse étaient déjà corrigées quand a eu lieu, le 7 avril 1893, au 7<sup>e</sup> congrès français de chirurgie, une communication de MM. Terrier et Hartmann, et de M. Pozzi sur la valeur de la laparotomie dans les suppurations. M. Terrier s'en tient à ce qu'il a dit, il y a deux ans, à la Société de chirurgie, et M. Pozzi à ce qu'il a écrit dans son *Traité de Gynécologie*. Quant aux chiffres de M. Terrier (59 lap. avec 7 morts), ils ne changent en rien les résultats opératoires que je donne pour la laparotomie. M. Terrier, dans la statistique située plus bas, a 22 opérations avec 3 morts. La proportion est à peu près la même que celle qu'il a communiquée au Congrès de chirurgie.

1° Dans un premier procédé on pratique des résections transversales de valves utérines étagées de bas en haut avec hémostase préalable (Péan).

2° En second lieu je signalerai le procédé suivant : section du col, comme dans le procédé Péan, avec hémostase préalable. Quant au corps, évidemment central, bascule, hémostase consécutive.

3° La section médiane de Muller.

4° L'hémisection médiane antérieure dont se sert M. Doyen.

On pourrait ramener ces quatre procédés à deux principaux : 1° le morcellement-type de Péan avec hémostase préalable et l'évidement central avec hémostase consécutive (Segond); 2° la section médiane de Muller et l'hémisection antérieure de Doyen, avec hémostase consécutive.

Je décrirai seulement l'opération faite avec forcipresure, les pinces étant laissées 48 heures en place. Le temps a fait justice de toutes les objections que l'on adressait aux pinces à demeure dans l'H.V. et bien peu nombreux sont aujourd'hui les chirurgiens qui se servent encore de ligatures.

#### PRÉPARATION DE LA MALADE. — AIDES, INSTRUMENTS.

Les jours qui précèdent, injections au sublimé (1/1000) deux fois par jour. Trois jours avant l'opération, après injection, un tamponnement iodoformé. La veille, grand bain ; purge ; vulve rasée, lavée et recouverte d'un pansement au sublimé ; vagin tamponné.

Le matin, de bonne heure, un grand lavement.

Deux aides pour les jambes et les écarteurs, un aide pour les instruments, un aide pour les éponges.

Les instruments, préalablement bouillis (1/2 heure) dans une solution faible de carbonate de soude, sont plongés dans l'eau phéniquée à 5 0/0.

Il est nécessaire d'avoir : 2 valves courtes et larges, — 4 valves plates de largeur variable (écarteurs de Péan à angle droit), — 2 écarteurs très longs et très larges (dits écarteurs juments), — 4 écarteurs bicoudés, — 4 pinces à traction à 4 dents, — 4 à 6 ou 8 dents, — 2 pinces tire-balle, — 2 pinces fenêtrées (pinces à annexes), — 6 pinces hémostatiques à mors courts, — 6 pinces languettes, — quelques clamps droits et courbes, — des pinces hémostatiques ordinaires, — des bistouris, (ordinaires, droit à long manche, courbe sur le plat droit et gauche), — des ciseaux (ordinaires mousses, droits longs, courbes longs), — des pinces à griffe, — hystéromètre, — sonde de femme, — laveur avec canule, — éponges montées sur pinces dorées.

#### A. — MORCELLEMENT

La malade est placée dans la position dorso-sacrée, rarement dans le décubitus latéral gauche. Deux aides maintiennent la position de la taille, et sont chargés des écarteurs. L'opérateur est assis en face de la vulve. L'aide des instruments est à sa droite. Il doit connaître le manuel opératoire et prévenir le chirurgien dans la présentation des instruments ; l'aide des éponges se place à gauche.

Le siège de l'opérée repose sur une alèze en caoutchouc recouverte de compresses stérilisées et tombant dans un seau placé entre les jambes de l'opérateur.

La vulve, l'hypogastre et le vagin sont lavés au savon et au sublimé et garnis de compresses sublimées. Cathétérisme et injection vaginale.

Cela fait, voici le manuel opératoire : Les valves courtes, antérieure et postérieure permettent, en général, de découvrir le col ; sinon on prend immédiatement les écarteurs à angle droit. Chaque lèvre est saisie, sur le bord, avec une pince tire-balle. Puis, incision circulaire de la muqueuse vaginale sur le pourtour du col, près du bord libre, au ras des pinces, avec le bistouri ordinaire si l'utérus est abaissable, avec le bistouri long droit dans le cas contraire. On peut commencer par l'incision de la paroi postérieure du vagin, l'ouverture du cul-de-sac postérieur, l'exploration, et on termine, alors, l'incision circulaire, si le diagnostic se trouve confirmé.

Ici commence *l'étape du morcellement* (Segond) : avec le doigt ou les ciseaux, on procède au décollement de la surface utérine en avant et en arrière, en rasant le tissu musculaire par une sorte de *rugination*. Le décollement est poussé aussi loin que possible avec le doigt, les ciseaux ou une rugine spéciale. Il est continué avec l'écarteur bicoudé, servant de grattoir, qu'on laisse en place. Les valves courtes sont enlevées et remplacées, tout comme l'écarteur bicoudé, par des écarteurs à angle droit.

Quand on a décollé le plus possible en avant et en arrière, peu latéralement, on découvre le bord inférieur du ligament large à son insertion sur le col. On pince des deux côtés ce bord inférieur au moyen de pinces languettes, après avoir fait incliner les écarteurs du côté où l'on va pincer, de façon à s'assurer qu'on pince exclusivement le bord du ligament. *Ces pinces sont chargées de saisir l'artère utérine.*

*M. Richelot leur donne le nom de pinces « utérines ».*

Alors, avec des ciseaux droits, section du ligament large à son insertion utérine, au ras et au dedans de la pince, dans l'étendue du mors, plutôt moins que plus.

Cela étant fait, on divise la partie du col libérée, sur ses bords, avec des ciseaux, en introduisant une branche dans la cavité cervicale, de façon à obtenir deux valves ; l'une antérieure, l'autre postérieure. Cette division ne doit pas dépasser les mors de la pince utérine, et rester en deçà plutôt qu'aller au delà. Les deux valves étant constituées, on place à la base de chacune d'elles, soit une pince à 4 dents, soit une pince tire-balle. Un coup de ciseau courbe ou de bistouri détache chaque valve tenue par la première pince à traction, en passant au-dessous de celle qui a été placée à sa base. On obtient ainsi un segment transversal de la partie la plus inférieure de l'utérus. Quand les deux valves ont été excisées, la première étape se trouve terminée.

*La deuxième étape du morcellement s'exécute comme la première.* Elle est facile si l'utérus est abaissable, très difficile dans le cas contraire. Le décollement doit alors se faire avec l'écarteur bicoudé ; et, au fur et à mesure que la dénudation s'effectue, on enfonce davantage les écarteurs. Quand on a découvert une surface assez grande de tissu utérin on procède comme plus haut ; pincement de la partie correspondante du ligament large en passant en dedans des pinces précédentes ; section de la partie pincée ; formation de deux valves qui sont excisées après avoir mis une pince à

traction à leur base. On obtient ainsi une seconde tranche transversale de l'utérus ; et on continue ainsi de suite jusqu'à ce que le fond de l'utérus ait été amené à la vulve. On met alors une pince sur le ligament large qui tient à la corne que l'on n'a pas excisée et l'ablation de l'utérus est terminée.

Tel est le procédé du morcellement par étapes successives, dont chacune consiste à enlever une tranche transversale de tissu utérin, les sections étagées étant parallèles entre elles. Chacun de ces temps, comme le dit fort bien M. Segond dans le *Traité de Chirurgie*, comprend quatre points principaux :

- A. — La libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus.
- B. — La section des ligaments larges pincés préventivement.
- C. — La division en deux valves de la portion d'utérus libérée par les deux manœuvres précédentes.
- D. — L'excision des deux valves ainsi obtenues.

On ne peut pas toujours conduire l'opération, comme je viens de le dire. Pour les utérus peu abaissables, après la première étape du morcellement, il est difficile de parfaire des tranches transversales régulières. *Dans ces cas, on fait des sections verticales et obliques près de la partie médiane* dont on ne s'écarte jamais et on enlève de petits coins qui permettent à l'utérus de s'abaisser. A mesure que l'on monte, je le répète, les écarteurs qui protègent les parties voisines s'enfoncent davantage ; *il ne faut rien faire sans y voir, ne*

pas donner un coup de bistouri sans s'être assuré *de visu* que c'est bien le tissu utérin que l'on va couper. L'hystéromètre permet de ne jamais perdre de vue la cavité utérine, dont on connaît les dimensions par une mensuration préalable.

Si pendant ces étapes successives, *souvent au début de la seconde*, on aperçoit les culs-de-sacs antérieur et postérieur, on les ouvre avec le doigt, une pince ou un coup de ciseaux. Sinon, on ne s'en préoccupe pas, et on n'a qu'un objectif : ruginer les faces de l'utérus. Chemin faisant, on ouvre les poches purulentes quand on les rencontre. A chaque évacuation de pus, lavage au sublimé et nettoyage à l'éponge du champ opératoire.

Quant l'utérus est enlevé, que les ligaments larges sont pincés (3 ou 4 pinces sur chacun) et remis en place, on vérifie l'hémostase en se servant de longs écarteurs. Souvent quelques pinces hémostatiques longues supplémentaires sont nécessaires. Il ne faut pas négliger l'examen des parois vaginales dont les extrémités saignent souvent. Cette inspection du champ opératoire a une très grande importance. Ne jamais oublier ce principe : *l'hémostase doit être parfaite*.

M. Terrillon, se servant surtout de ses doigts, agit par décollement, et place seulement une ou deux pinces à la fin de l'opération. C'est dangereux.

Dans ce qui précède je n'ai parlé que de l'H.V. par morcellement. Dans les cas où l'abaissement est très facile, quelques chirurgiens n'y ont pas recours; ils se contentent de la section des ligaments larges après avoir étagé des pinces languettes de bas en haut, de faire basculer le fond de l'utérus, de pincer et de

couper le ligament du côté opposé de haut en bas. Mettre une seule pince (grand clamp de Richelot) sur le premier ligament est imprudent, et mon maître lui-même y a renoncé. Pour éviter l'hémorrhagie il ne faut jamais se servir de grands clamps, mais plutôt de petites pinces languettes et de petits clamps droits. On réduirait ainsi au minimum les chances d'hémorrhagie post-opératoire.

*a.* — ÉVIDEMENT CENTRAL AVEC HÉMOSTASE CONSÉCUTIVE.

Je n'ai pas non plus signalé l'évidement central que l'on combine avec le morcellement. Ce dernier peut suffire dans les cas les plus difficiles. L'évidement central est utile quand l'utérus est augmenté de volume ou fibromateux. Comme cet état anatomique complique assez souvent le pyosalpinx et comme il est une indication formelle de l'H.V. dans les suppurations, il faut savoir pratiquer l'évidement central. Voici le procédé décrit par M. Segond (1); il lui donne le nom *d'évidement central conoïde sans hémostase préventive préalable*.

« Saisissant avec une pince de Museux petite et bien faite, la partie centrale du segment utérin hypertrophié, qui ne veut pas descendre, on en pratique l'évidement par résections successives d'une série de cônes taillés et libérés à l'aide d'un bistouri courbe à long manche sans prendre aucunement la précaution d'assurer l'hémostase de la zone utérine sur laquelle on travaille. Si l'opérateur a le soin de rester à peu près sur la ligne médiane et de ne pas interrompre la continuité de ses tractions sur l'utérus, celui, s'enfon-

(1) Traité de Chirurgie, tome VIII, p. 572.

çant comme un coin vers la vulve, fait lui-même son hémostase par compression et le fait si bien qu'il ne s'écoule pas une goutte de sang pendant l'évidement central. Puis lorsque l'organe est suffisamment évidé, on le voit rapidement descendre sous la traction des pinces et rien n'est plus simple que continuer le morcellement ». — « On fait ensuite basculer l'utérus, on pince et on coupe. »

#### DIFFICULTÉS.

Telle est l'opération décrite dans ses plus grandes lignes quand l'H.V. est normale et régulière, mais les choses ne se passent pas toujours ainsi.

Il est des cas où l'utérus situé haut n'est nullement abaissable; les étapes du morcellement ne font rien avancer. L'utérus fixé par des adhérences très solides, semble collé aux parois du petit bassin. Si une opération régulière dure de 30 à 40 minutes, une opération très difficile peut durer 1 h. 1/2, 1 h. 3/4, et même davantage. On ne suit plus alors de règles fixes. *On fait comme on peut.* C'est dans ces cas que l'on ne peut parfois enlever la totalité de l'utérus, surtout si à ces adhérences s'ajoute la friabilité du tissu utérin. (V. Complications.) On peut avoir alors des *hystérectomies partielles*. Dans l'une d'elles (obs. n° 1) le col seul a pu être extrait. Le plus souvent c'est le fond de l'utérus qui a été laissé en place. Ces hystérectomies incomplètes n'ont pas une gravité opératoire spéciale. Quand la mort a suivi, le cas était complexe, et au dessus des parties laissées en place on trouvait, à l'autopsie, des poches oubliées qui ont été le point de départ de l'infection. Mais le résultat thérapeutique laisse alors beaucoup à désirer. Le moignon utérin infecté est

la source de véritables règles et peut être le point de départ de poussées inflammatoires dans le voisinage. Les douleurs ne tardent pas à revenir (V. obs. 1), nécessitant même une opération complémentaire. C'est dire qu'il faut repousser ces hystérectomies partielles préconisées par Laudau (1) faites dans le but de donner seulement une brèche suffisante aux abcès. On doit toujours tâcher d'enlever la totalité de la matrice, et si on quitte la partie ce n'est que devant l'impossibilité matérielle d'atteindre le but.

Comme seconde difficulté opératoire, je signalerai l'étroitesse de la vulve et du vagin, et la profondeur du vagin. Mais les difficultés de ce fait ne sont pas insurmontables. C'est pour cela que l'on sera bien rarement dans la nécessité de recourir au débridement vulvaire uni ou bilatéral préconisé systématiquement par mon maître, M. Chaput (2). On peut évidemment, en débridant, enlever plus facilement l'utérus et les annexes. Mais bien peu de chirurgiens y ont recours. Voici l'incision que conseille M. Chaput : Inciser par transfixion suivant une ligne qui commence en haut à 2 centimètres environ de la fourchette, se dirige en bas et en dehors vers l'ischion et s'arrête après un parcours de 4 à 5 centimètres et remontant à 5 centimètres environ dans le vagin. Hémostase, suture du débridement.

Si le débridement unilatéral ne suffit pas, M. Chaput a recours au double débridement.

Il faut être sobre de ces débridements, et n'y recourir que la main absolument forcée.

(1) Laudau. Centralblatt für Gynéc. — Sept. 1892.

(2) Société obstétricale et gynécologique de Paris, Décembre 1891, et Mallet, thèse doctorat, Paris, 1892.

ANNEXES.

L'utérus étant enlevé, l'opération est loin d'être terminée. M. Reclus donne à cette partie de l'opération, le nom de *préliminaire* (1). Si dans la majorité des cas, pendant le morcellement, des poches purulentes juxta-utérines ont été ouvertes, il'en reste souvent quelque une dont on aura à s'occuper après l'ablation de l'utérus. D'autres fois, pas une seule veine purulente n'est apparue pendant l'hystérectomie; ou bien, c'est à l'ablation de la corne utérine que les poches s'ouvrent. L'exploration des annexes se fait par le palper bimanuel, un doigt étant en arrière des pinces, et la main libre sur la paroi abdominale. Les poches peuvent être visibles au fond de la plaie. Elles sont crevées avec le doigt ou l'extrémité d'une pince; si le péritoine est ouvert on le protège avec des éponges avant d'ouvrir les collections. En cas de résistance au doigt, la portion visible des annexes est saisie avec une pince fenêtrée et amenée le plus bas possible, pincée et réséquée. Quand les poches sont ainsi vidées, lavées et épongées, on essaye par des décollements prudemment conduits de détacher les annexes plus ou moins adhérentes et de les amener au dehors pour les réséquer après forcipressure. Mais dans la très grande majorité des cas on ne pourra extraire aucune partie des annexes, ni trompes, ni ovaires. Il suffira pour s'en convaincre, de parcourir les observations qui accompagnent ce travail. D'ailleurs, il est inutile d'insister, et si les annexes ne viennent pas très facilement, le mieux est de les laisser en place. L'opé-

(1) Reclus, Gazette hebdomadaire, 1894, p. 193.

ration aura alors consisté à ouvrir largement les cavités purulentes que l'on drainera et que l'on pansera comme un abcès vulgaire au point le plus déclive. Dans les cas où l'on ouvre les poches en les laissant en place, on respecte les adhérences qui les séparent de la cavité abdominale ; on respecte et les adhérences épiploïques et les adhérences intestinales. On évite ainsi des mécomptes très graves. Comme cette simple ouverture suffit pour amener la guérison, vouloir, malgré tout, extirper les annexes c'est s'exposer inutilement à des complications graves. Il faut cependant établir une distinction au point de vue des suites, suivant que l'on a fait la castration utéro-tubo-ovarienne ou la castration utérine seule. J'y reviendrai.

Dans quelques observations on verra que l'opérateur n'a pu ouvrir des poches situées haut ou les a ouvertes incomplètement ou les a laissé passer inaperçues. Cet accident deviendra de plus en plus rare avec les progrès de la technique, mais il peut être observé. Il est assez grave : les observations montrent que l'infection partie de la poche oubliée ou incomplètement ouverte a amené la mort. Ne pas opérer les poches situées haut, sans prolongement péri-utérin manifeste, explorer très soigneusement après l'ablation de l'utérus, cela doit mettre à l'abri de cet accident.

## B. — SECTION MÉDIANE

Muller (1) s'est servi de ce procédé pour l'extirpation des utérus cancéreux. En juillet 1891 (2) M. Quenu présentait à la Société de Chirurgie un utérus fibromateux

(1) Muller. Centralblatt, F. Gynéc., 1882.

(2) Quenu. — Annales de gynécologie et d'obstétrique. — Avril 1892.

enlevé par morcellement avec section médiane. Il déclarait y avoir recours pour l'ablation des annexes de préférence au procédé Péan-Segond (1). MM. Routier et Schwartz ont suivi son exemple. MM. Labbé, Michaux, Bazy se servent très souvent de ce procédé. M. Doyen a fait sa première H.V. pour suppuration péri-utérine le 3 Décembre 1887, en se servant de la section longitudinale.

L'utérus est abaissé par deux pinces tire-balle placées sur les commissures du col. Incision de la muqueuse vaginale au niveau de son insertion postérieure, ouverture du cul-de-sac et *exploration*. Si cette dernière montre l'existence des lésions relevant de l'H.V. on achève l'incision circulaire du vagin. Décollement. Ouverture du cul de sac antérieur. L'hystéromètre rend compte de la direction et de la longueur de la matrice. Une valve étroite et longue est placée entre la vessie et l'utérus, l'index gauche entre l'utérus et le rectum ; alors, section avec de forts ciseaux, de bas en haut, du col et du corps, sur la ligne médiane, par petits coups. Quand 4 ou 5 centimètres du col et du corps sont incisés, on place haut des pinces à traction sur la surface de section et on tire ; la section est continuée, de nouveaux tracteurs sont placés aussi haut que possible et on abaisse ; et ainsi de suite jusqu'au fond de l'utérus. Pour sectionner le fond, on retire l'index gauche de la place qu'il occupe et on l'en coiffe d'avant en arrière, protégeant ainsi les anses intestinales. Avant que la section soit terminée, on énuclée pour ainsi dire, du petit bassin,

(1) Quénu. — Société de Chirurgie. — Avril 1892.

l'utérus séparé en deux valves latérales isolées tenant chacune au ligament large et descendant jusqu'aux grandes lèvres. Des abcès ont pu être ouverts pendant ces manœuvres. Puis l'opérateur introduit la main gauche, par exemple, dans le petit bassin, en passant entre les deux moitiés sectionnées, et procède à la décortication des poches situées à gauche. Parfois, les annexes et les poches sont amenées à la vulve avec une très grande facilité. D'autres fois, ce travail est très pénible : il peut même être impossible. On laisse alors en place les poches ouvertes presque toujours pendant la décortication, et bourrées de gaze iodoformée après lavage à la fin de l'opération. Quand les poches purulentes et les annexes, attirées aussi bas que possible, ont été amenées à la vulve, un fort clamp courbe placé de bas en haut prend alors et le ligament large et les annexes attirées, ou chaque chose séparément. Si toute la hauteur du ligament large n'est pas saisie, une pince droite est placée de haut en bas, en dedans de la précédente et dépassant son extrémité supérieure. Section au ras des pinces. Cette description ne ressemble pas à celle donnée par M. Quénu. Elle en diffère par l'absence du pincement de la base du ligament large après l'ouverture des culs de sacs et avant la section.

Il est très important de bien placer le premier clamp : en bas, tout près du col (à cause de l'uretère), en haut, aussi loin de la corne utérine que le nécessite la prise complète des annexes.

On agit pour le côté droit de la malade, comme plus haut, et l'opération est terminée.

Quand l'utérus est abaissable, ce procédé est d'une

élégance suggestive. Il permet des opérations conduites dans 8 ou 10 minutes. Mais quand l'utérus est enclavé, les difficultés sont très grandes. On incise la matrice sur la ligne médiane ; on met des pinces à traction sur la surface de section et on tire. Mais rien ne vient ; le fond de l'utérus reste en place, comme s'il était collé au petit bassin. Dans ces cas, à mesure que la section monte, il est utile de détacher les adhérences qui fixent l'utérus. Avec de la patience on arrive quelquefois à terminer l'opération sans avoir recours au morcellement, et après avoir beaucoup peiné, on finit par amener le fond de l'utérus à la vulve. Dans les cas vraiment difficiles, on enlève l'utérus *par morcellement irrégulier*.

La section médiane se fait à blanc, sans une goutte de sang. Il ne faut jamais s'écarter de la ligne médiane, ce que l'on est toujours enclin à faire.

Un des grands avantages de ce procédé, c'est que toutes les manœuvres sont faites à découvert, sous les yeux de l'opérateur. Le clamp est placé sur le ligament large à l'extérieur ; aucune crainte, par conséquent, de saisir l'intestin. J'ai assisté mes maîtres MM. Labbé, Michaux et Routier dans des cas fort difficiles, avec lésions anciennes et étendues, et jamais la vessie ou l'intestin n'ont été blessés.

Il faut reconnaître que si l'incision médiane est un bon procédé quand l'utérus est abaissable, les difficultés deviennent très grandes dans le cas contraire. Il n'est même pas alors sans présenter quelque danger. Un de mes maîtres, excellent opérateur, a, dans un cas d'utérus non abaissable, porté un coup de ciseaux sur le rectum. Les chirurgiens qui se sont

servis de l'incision médiane devant moi, ont, bien souvent, terminé leur opération sans morceler, mais au prix de quels efforts et de quels tâtonnements ! Quand l'utérus n'est pas abaissable, le morcellement avec ou sans évidemment central paraît préférable. La formule suivante :

- A. — *Utérus abaissable : incision médiane,*
- B. — *Utérus non abaissable : morcellement,*

me semble répondre à un fait exact. Il faut convenir cependant que dans le choix d'un procédé on est souvent guidé par ses préférences plutôt que par des règles fixes, et tel opérateur qui aura en main le procédé de Muller-Quénu préférera y avoir recours dans tous les cas et inversement.

#### HÉMISECTION ANTÉRIEURE DE M. DOYEN.

Pour beaucoup de chirurgiens l'hémisection antérieure de M. Doyen (1) avec bascule du fond de l'utérus et hémostase consécutive est supérieure à l'incision médiane totale. Elle convient surtout aux utérus peu volumineux. Voici sa description : Le col est saisi par deux pinces à griffes qui y demeurent fixées jusqu'à la fin de l'opération. L'abaissement étant aussi complet que possible, incision de la muqueuse vaginale au pourtour du col avec les ciseaux mousses. Ouverture du cul-de-sac postérieure et isolement de la face postérieure de l'utérus. Exploration. Isolement de la vessie. Les pinces étant attirées en bas et la vessie étant protégée par un écarteur, section de bas en haut de la paroi antérieure

(1) Doyen.— Archives provinciales de Chirurgie, Décembre 1892, p. 509, et Soc. Médicale de Reims, 19 Octobre 1887.

du col. Ouverture du cul de-sac antérieur par laquelle on enfonce la valve. L'utérus est alors saisi à droite et à gauche, sur les lèvres de la section longitudinale par deux nouvelles pinces à griffes et attiré en bas. Un nouveau coup de ciseaux prolonge la section et deux autres pinces saisissent l'organe aussi haut que possible. Les deux pinces immédiatement sous-jacentes sont enlevées pour être portées plus haut. La section est prolongée jusqu'au fond de l'utérus, s'il le faut, pour en obtenir l'extraction. Le plus souvent, ce renversement progressif se fait sans difficulté et sans qu'il soit nécessaire de prolonger bien haut sur le corps la section longitudinale.

Si l'utérus est très gros, M. Doyen incise le col sur sa face antérieure, et puis il enlève de chaque côté de la section longitudinale des fragments de tissu aussi gros que possible, ou il sectionne le corps de l'utérus en V sur la face antérieure en ménageant les parties latérales de l'organe.

Quand l'utérus est hors de la vulve, aucune hémostase n'a encore été faite. Alors, on détache les annexes avec les doigts. Les saisissant, on les attire aussi bas que possible; on applique les pinces, en commençant, en général, par le ligament large gauche. Ce ligament est saisi à l'aide de la main gauche, au delà des annexes. Une première pince est introduite presque verticalement, une des branches en avant, l'autre en arrière, et on serre en s'assurant qu'elle prend tout le ligament large et rien que lui. Une autre pince est appliquée au-dessous pour plus de sécurité et le ligament large est sectionné à quelques millimètres de la pince. L'autre ligament est traité de même.

## PANSEMENT. — SOINS CONSÉCUTIFS.

### *Suites opératoires*

---

Quel que soit le procédé opératoire employé, que l'opération ait été complète ou incomplète, le pansement est le même : injection au sublimé avec un faible courant, nettoyage avec les éponges de tout le fond de la plaie, et tamponnement serré soit avec des mèches longues et étroites de gaze iodoformée, soit avec des tampons hydrophiles iodoformés, en s'assurant que chaque poche est bien drainée. *Chaque mèche, chaque tampon, sera muni d'un fil à son extrémité libre.* Les mèches sont préférables aux tampons, ces derniers pouvant être oubliés au fond du vagin, comme quelques observations le relatent. Le pansement à l'iodoforme est accepté par tout le monde. En battant les mèches on évite l'empoisonnement iodoformé dont on observe encore quelques symptômes peu graves, il est vrai. Des mèches sont placées entre les différentes pinces et entre les pinces et les parois vaginales pour prévenir les eschares du vagin. Ouate à la vulve entourant les pinces. Bandage en T. Sonde à demeure. MM. Péan et Segond placent de la glace sur le ventre de la malade le soir de l'opération.

Dans les suites opératoires même normales, on observe les jours suivants une légère élévation de température (38°—38°5). Enlever les tampons dès que cette élévation survient et recourir à des lavages répétés suffisent pour

calmer l'orage. Il est évident que cette élévation est due à un léger degré de septicémie.

Pour parer à cet inconvénient, mon maître M. Chaput (1) a imaginé le drainage abdomino-vaginal fait de la façon suivante: incision de trois travers de doigt au dessus du pubis ouvrant le péritoine — hystérectomie — puis drainage de l'incision sus-pubienne vers l'orifice supérieure du vagin. Lavages par ce drain, dès le premier jour. On éviterait ainsi cette élévation de température.

Cette manière de procéder n'a été suivie par personne que je sache. C'est d'ailleurs là un grand remède pour un bien petit accident, car cette élévation de température ne devient presque jamais menaçante, et elle ne s'accompagne d'aucun trouble général dans le plus grand nombre des cas. Faire ce drainage de parti-pris, c'est supprimer un des grands avantages de l'H.V. qui est l'absence de cicatrice. Je ne le comprendrais, à la rigueur, que dans le cas où l'on fait l'H.V. secondairement à une laparotomie dont la cicatrice sera restée fistuleuse. M. Richelot y a eu recours une fois dans un cas de ce genre.

Les soins consécutifs généraux sont ceux de toute opération abdominale. Je n'insiste pas: on surveillera l'intestin. Quant aux soins locaux, ils varient suivant que l'ablation a été (a) complète ou (b) incomplète.

a — Les pinces sont enlevées 48 heures après l'opération; les mèches et la sonde à demeure, le lendemain seulement. Les jours suivants, on commence les injections vaginales (3 par jour) au sublimé au 1/1000. Les injections suffisent à amener la guérison. Si la température s'écarte

(1) Semaine médicale, 1892, p. 347.

de la normale, examen de la malade. On sera guidé par les circonstances.

b. — Pincés et mèches enlevées comme précédemment avec injections immédiates. Il est imprudent dans les cas d'opération incomplète de s'en tenir aux injections. Comme je le dirai aux Complications, les fistules purulentes sont alors possibles. Aussi, après quelques jours d'injections qui amèneront au dehors les produits sphacelés dus à la forcipressure, on aura recours au tamponnement à la gaze iodoformée, laissé en place pendant un ou deux jours, jusqu'à ce que le vagin seul soit à cicatriser. Rien de plus simple, on le voit, que les soins locaux consécutifs à l'H.V.

Le plus souvent *les suites opératoires* sont des plus simples. Ce qui frappe même quand l'opération a été longue et pénible, c'est l'absence absolue de shock opératoire. Il est certain que le péritoine pelvien ne retentit pas sur le système nerveux comme le péritoine abdominal. Cette absence de shock est un des grands avantages de l'hystérectomie. Le faciès est bon, la respiration est calme et peu fréquente mais le pouls est assez rapide (120 à 130) les deux premiers jours. Cette fréquence est d'ordre réflexe (pincement du ligament large). Il ne faut pas lui attacher un pronostic fâcheux. Il n'en est pas de même, on le sait, après la laparotomie. Les vomissements réflexes sont moins pénibles et la tympanite plus rare que dans la laparotomie. Les urines sont souvent diminuées.

La douleur est vive. Elle peut même être très intense, mais on en a raison avec quelques centigrammes de morphine. Il faut espacer les  $1/2$  ou les  $1/4$  de piqûres.

Si la température était élevée, elle tombe souvent à la normale le soir de l'opération. Mais le lendemain ou le surlendemain, il est rare que l'on n'atteigne pas 38 ou 38°5. Cette élévation de température n'a aucune conséquence fâcheuse. Elle est due souvent à un peu de rétention au dessus du tamponnement. Il est très facile d'y remédier. Si un examen était nécessaire, on n'hésiterait pas à placer le Fergusson et à se rendre compte *de visu* de l'état des parties. Le spéculum permettra de voir au fond du vagin quelques produits sphacelés qu'il sera bien facile d'extraire. Ces produits sphacelés sont quelquefois infects. Il faudra alors augmenter le nombre des injections.

Malgré la précaution que l'on a prise de placer les mèches entre les pinces et les parois vaginales et vulvaires, on observe quelquefois des eschares assez étendues qui s'éliminent du vingtième au trentième jour.

Telles sont les suites opératoires normales de l'H. V. Mais la marche de la guérison varie souvent, suivant que l'opération a été complète ou incomplète.

Comment se fait la cicatrisation ? La brèche produite par l'ablation utérine se répare rapidement. La poussée des anses intestinales vient combler le vide et la cicatrisation marche du fond vers la paroi vaginale. L'écoulement purulent, d'abord assez abondant, diminue petit à petit et, du vingtième au vingt-cinquième jour, dans les cas normaux, il est insignifiant et la malade peut se lever. L'examen au spéculum montre une fente transversale au fond du vagin terminé en cul de sac. Au toucher, souplesse des parties péri-vaginales et au fond un tissu de cicatrice plus ou moins dur, avec une surface non cicatrisée.

Le vagin se fronce en bourse à son extrémité. Quelques soins de propreté achèvent la guérison. On observe parfois du quinzième au vingt-cinquième jour un petit accident qui n'a d'ailleurs aucune suite fâcheuse. La malade est levée. Elle est considérée comme guérie quand elle rend, après quelques douleurs passagères, une eschare longue, grisâtre, qui est la partie du ligament large qui a été pincée.

Telle est la marche dans les opérations complètes. Dans celles où des débris d'annexes, ou les annexes en totalité ont été laissés en place avec la paroi des poches purulentes, la guérison peut survenir avec une très grande simplicité comme dans les opérations complètes. Mais on peut observer, à certains moments, du 15<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> jour, une élévation de température accompagnée de douleurs très vives dans le bas-ventre, et l'expulsion d'une certaine quantité de pus qui met fin à ces accidents. Il y a eu formation d'abcès; ou bien les poches oubliées après l'H.V., ou que l'on n'a pu atteindre s'ouvrent d'elles-mêmes. Tous les chirurgiens ont observé de ces ouvertures tardives des abcès. Il n'en est pas toujours ainsi. Une laparotomie secondaire pourra devenir nécessaire. j'en parlerai plus loin.

Dans les opérations incomplètes, l'écoulement purulent dure plus longtemps; la fistulisation peut même s'établir. Mais dans la majorité des cas, du 30<sup>e</sup> au 40<sup>e</sup> jour, la guérison opératoire est achevée.

---

## COMPLICATIONS

Les complications sont — A opératoires. — B post-opératoires.

A. — *La friabilité de l'utérus* vient souvent compliquer l'acte opératoire: les pinces à traction déchirent les parties qu'elles saisissent. Cette friabilité existe surtout dans les cas de suppuration puerpérale récente; en se servant de pinces très larges, on peut, en partie, parer à l'inconvénient de la dilacération, et on finit par enlever l'utérus en le déchiquetant plutôt qu'en le morcelant.

*L'intestin grêle rarement, l'épiploon plus souvent, peuvent venir faire hernie* par la brèche que donne l'ablation de l'utérus: il faudra laver et éponger l'intestin, s'il a été souillé, avant de le repousser. Quant à l'épiploon, on agira de même s'il a été peu infecté. Dans le cas contraire, on le réséquera au delà d'une ligature en chaîne.

*L'hémorragie opératoire*, quand elle existe, est peu redoutable; avec de longs écarteurs, on arrive toujours à voir et à pincer le vaisseau qui donne. Les difficultés de l'hémostase n'existent que pour les vaisseaux situés à la partie supérieure du ligament large, quand on a sectionné cette partie avant de la pincer, ce qui est une faute. Il faut prendre comme règle absolue de ne tamponner la malade que quand tout suintement sanguin est complètement tari.

*Les pincements de la blessure de l'uretère*, plus rares que dans l'H.V. pour cancer, ont été cependant observés. Une fistule urinaire s'établit dans les jours qui suivent l'opération. Il est facile de diagnostiquer qu'il n'y a pas de fistule vésicale. A moins de recourir au cathétérisme de l'uretère avec la sonde de Pawlick, il peut être très difficile d'affirmer le côté qui est atteint. Si l'uretérorrhaphie est impossible ou impuissante, la néphrectomie peut seule amener la guérison. Pour éviter l'uretère il faut ne jamais s'écarter du tissu utérin et avoir présents à l'esprit ses rapports avec l'utérus. (Il est à 1 cm 1/2 des bords de l'utérus, et il croise la face antérieure du col pour atteindre la vessie).

*Le rectum, la vessie, l'intestin grêle, par ordre de fréquence, peuvent être blessés.* Ces plaies sont dues à des coups de ciseaux ou de bistouri malheureux, ou à des déchirures amenées par les tractions opérées sur les adhérences. Ces accidents ne s'observent guère que dans les cas d'enclavement très accusé de l'utérus, de pachy-pelvipéritonite adhésive accompagnant la suppuration. Le plus souvent, l'opérateur s'aperçoit de l'ouverture vésicale qui sera réparée aussitôt, sinon l'écoulement d'urine indiquera la lésion. Les plaies intestinales peuvent être reconnues dès qu'elles sont produites, mais, en général, ce n'est que le lendemain ou les jours suivants, par l'établissement d'une fistule stercorale. Cet accident fâcheux n'est pas cependant d'un pronostic trop défavorable. Ces fistules stercorales finissent, en effet, par guérir spontanément, et cela, dans un délai assez bref. Pour éviter ces complications, il faut ne s'écarter jamais du tissu utérin, s'attacher,

pour ainsi dire, à énucléer l'utérus des fausses membranes qui l'entourent et procéder par morcellement dans les cas difficiles.

B. — Après l'H.V. *l'absence de shock est la règle, mais il n'en est pas toujours ainsi*, et chez des malades minées par la suppuration et la pyohémie le shock est à redouter. L'hémorragie opératoire, la longueur de l'opération sont deux éléments qui, ajoutés à l'état général du sujet, doivent toujours entrer en ligne de compte pour le shock.

*L'hémorragie secondaire peut survenir à plusieurs périodes après l'opération.* Quelquefois le soir même ou dans l'après-midi, un suintement d'abord peu inquiétant survient. C'est un vaisseau, le plus souvent de la tranche vaginale, qui donne malgré le tamponnement. Il ne faut pas oublier que des malades ont succombé à une hémorragie venant des artères vaginales. C'est là un fait rare. Dans les hémorragies sérieuses du jour même, c'est le ligament large qui saigne; c'est une pince qui dérape (rarement) ou un vaisseau qui, tirailé pendant l'opération, ne saignait pas à ce moment et qui donne une fois remis en place. Pour peu que le suintement soit appréciable, il ne faut pas se contenter de tamponner, de donner de l'ergotine et de mettre de la glace sur le ventre, mais enlever le pansement, placer le malade en travers du lit, tâcher de voir ce qui donne et le pincer. Si la chose est impossible, on pourra, du moins, voir le côté d'où vient le sang et mettre un clamp en dehors du paquet de pinces déjà placées. Cette manœuvre est dangereuse,

car on peut prendre l'uretère. En présence d'un danger pressant on ne saurait, cependant, hésiter.

Une hémorragie beaucoup plus redoutable est celle qui survient à l'ablation des pinces, soit immédiatement, soit quelques heures après. Ici, en général, l'hémorragie est formidable et comme les moyens mis en usage sont d'une très grande difficulté d'application, on comprend l'émotion du chirurgien, quand, après l'ablation des pinces, un flot de sang apparaît à la vulve. Pas de temps à perdre et on agira comme plus haut, mais, ici on n'a plus de pinces pour se diriger et la prise du ligament large qui s'est déplissé sur l'enceinte pelvienne devient très problématique. On ne voit rien dans le fond du vagin, et on sera obligé dans quelques circonstances de s'en tenir à un tamponnement, aussi serré que possible, avec ergotine en piqûres et glace sur le ventre. Dans les cas désespérés, la question de la laparotomie pourra être discutée pour aller de haut en bas à la recherche du ligament large.

L'hémorragie peut survenir enfin du huitième au dixième jour ou plus tard à la chute des eschares. C'est alors une hémorragie septique (les microbes ayant amené par suppuration la destruction du caillot artériel.) Pour prévenir cette hémorragie septique, il suffit d'une grande propreté post-opératoire et de lavages bien faits.

*L'anurie* existe dans quelques observations. On sonde la malade et la vessie ne contient pas d'urine. Cette anurie peut être réflexe chez les nerveuses et les hystériques, mais c'est l'exception. La cause de cette anurie doit être recherchée ou dans le pincement des uretères, ou dans leur compression par les tampons, et par un paquet trop volumineux de pinces. L'anurie s'observe

aussi dans les plaies vésicales qui ont passé inaperçues quand elles se sont produites ou quand la suture n'a pas tenu. Dans ce cas, le pansement et les draps du lit sont mouillés, l'urine s'écoulant au dehors. Si la plaie vésicale est située haut, la péritonite est à craindre; l'anurie prévient alors *la production ultérieure d'une fistule urinaire*. Il vaut mieux attendre avant d'intervenir, car la guérison spontanée est la règle dans la grande majorité des cas. La cure de la fistule vésico-vaginale ne sera indiquée qu'après une longue temporisation.

Après ces fistules urinaires, je dois signaler un accident qui est relevé dans quelques opérations très laborieuses, et qui survient tardivement : *les fistules stercorales secondaires*. Pendant l'opération tout a été régulier; les jours suivants, quand on enlève les pinces et qu'on procède au lavage, pas d'écoulement de matières stercorales par le vagin. Cet accident ne se montre qu'au 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> jour (obs. 64 - 137.) Les matières peuvent être très abondantes pendant quelques jours, puis diminuent et disparaissent après un temps variant de dix jours à six mois. Comment peut-on expliquer ces fistules tardives? Il est extrêmement probable qu'elles sont dues à des eschares rectales amenées par la compression des extrémités des pinces. A la chute de l'eschare, la fistule s'établit et la guérison survient quand la cicatrisation spontanée de l'orifice est achevée.

*La péritonite* est rare. Dans les observations qui suivent il y a un cas (obs. 29) où des symptômes rationnels de péritonite ont été observés. Mais la marche a été bien singulière. L'autopsie n'a pu être faite. Il s'agissait peut-être d'une pseudo-obstruction avec septicémie péritonéo-intestinale. On peut voir que

ci-joint la péritonite n'est relevée que deux fois. Ces deux cas de péritonite se rapportent à une ablation totale et à une ablation unilatérale des annexes. — Cette complication n'a pas existé (dans les observations ci-jointes) quand l'ablation des annexes n'a été nullement faite. Cela se comprend aisément à cause de l'ouverture du péritoine dans les deux premiers cas, et à cause de la protection des adhérences dans le troisième.

*La tympanite*, par contre, se voit assez souvent. La pression exercée sur le ventre pour favoriser l'écoulement des poches ouvertes pourrait avoir une influence sur la production de cette complication. Dès que les premiers symptômes sont observés il ne faut pas temporiser et recourir aux purgatifs immédiatement. Après les avoir tous essayés, je crois que celui qui donne les meilleurs résultats est l'eau-de-vie allemande à la dose de 15 à 20 grammes.

J'ai observé avec mon maître, M. Michaux, à la suite d'une H.V., faite pour une affection autre qu'un abcès pelvien, un accident bien rare. Je relate l'autopsie de cette femme morte trois jours après l'opération avec tous les symptômes d'une occlusion intestinale. « Pas de péritonite. Un intestin grêle très ballonné et sur une de ses dernières anses une torsion avec coudure très nette. Sur la surface antérieure libre, tout près, une petite plaque sans gangrène indiquant l'appui de l'extrémité d'une pince. »

Il est enfin une complication post-opératoire sur laquelle je désire m'arrêter un moment : *les fistules purulentes*. Ces fistules n'existent presque jamais quand l'ablation a été totale : elles sont à craindre quand

des débris sont laissés en place, ce qui arrive dans la très grande majorité des cas. Normalement vingt à vingt-cinq jours après l'opération, quand les lavages ont été régulièrement faits, il n'y a presque plus d'écoulement purulent. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Le pus ne tarit pas. Il peut ne pas y avoir de suintement pendant quelques jours, pendant lesquels les douleurs deviennent très vives, occasionnées par la rétention, puis l'écoulement reparait après une débâcle. Chez la malade qui fait l'objet de l'observ. n° 27, ces accidents alternants ont duré près de cinq mois. Le toucher ne relève pas l'existence de poches nouvelles ou oubliées. Au spéculum paraît au fond du vagin froncé en bourse, ou une fente transversale ou une surface non cicatrisée avec un bourgeon dont l'extrémité est l'orifice de la fistule. L'hystéromètre ne va pas au-delà de trois ou quatre centimètres et les bords du trajet, durs et scléreux, n'ont aucune tendance à cicatriser. Parfois la chose est plus complexe et on est conduit dans une poche de dimensions variables. Le traitement consécutif à l'opération a une grande influence sur la production de ces fistules. Le plus souvent, on l'a vu plus haut, on se contente de lavages et d'injections commencées le quatrième ou le cinquième jour, mais cela peut ne pas suffire. Ne faut-il pas craindre que le vagin se cicatrise avant les poches et qu'il y ait écoulement imparfait, rétention au-dessus et formation d'abcès secondaires? C'est pour cela que le traitement post-opératoire que j'ai conseillé est préférable pour prévenir ces fistules qui retardent la guérison. Si, malgré tout, on se trouvait en présence d'une de ces fistules, quelle conduite tenir? Dilater le

trajet avec la laminaire, explorer attentivement et injecter dans le trajet, soit avec la seringue de Braün, soit avec un instillateur, des liquides modificateurs (chlorure de zinc, teinture d'iode, acide phénique fort). Si l'exploration amenait dans une poche que l'on reconnaîtrait se vider imparfaitement, un débridement suffirait pour parer à cet inconvénient.

QUAND PEUT-ON S'EN TENIR A LA SIMPLE INCISION VAGINALE  
ET AU DRAINAGE DES FOYERS PURULENTS PÉRI-UTÉRINS ?

Le reproche que l'on adressait à l'H.V. de priver la femme de toutes ses facultés génératrices, dès le premier coup de bistouri, avant de s'être assuré par l'exploration du diagnostic porté, tombe du moment que par l'incision du cul-de-sac postérieur, on peut arriver par le toucher explorateur à savoir d'une façon très suffisante si l'H.V. est nécessaire, ou si on peut s'en tenir à cette simple incision. Si l'abcès est postérieur, il s'agit ou de pelvi-péritonite suppurée ou d'un abcès de l'ovaire ou de la trompe prolapsés ; on l'ouvre, on explore et on se rend compte de l'état des annexes. S'il s'agit de collection latérale tubaire, le doigt introduit par le cul-de-sac postérieur va constater l'état des annexes. En cas de collection unilatérale et récente, on l'ouvre avec le doigt, et on draine. En cas de collection bilatérale on continue l'H. V.

Je n'ai pas à montrer toutes les phases par lesquelles a passé cette question de l'incision vaginale des foyers purulents péri-utérins. Mais dans ces derniers temps cette opération, longtemps délaissée pour la laparotomie, est devenue en faveur auprès de quelques chirurgiens,

depuis que M. Laroyenne (1) et ses élèves MM. Blanc (2) et Gouilloud (3) ont publié le résultat de leur pratique. Je dirai en passant que la façon de procéder de M. Laroyenne est certainement plus dangereuse que la simple incision au bistouri, des écarteurs étalant le champ opératoire et permettant la forcipressure à mesure que l'on avance. M. Bouilly (4) a tenté récemment de réhabiliter l'incision vaginale dans certains cas déterminés. Dans la discussion qui suivit, quelques membres de la Société de Chirurgie (5) furent très réservés sur le traitement, prétendant que la fistulisation était la règle. MM. Routier, Reclus, Polaillon, Monod déclaraient, au contraire, avoir obtenu de très bons résultats. Mon maître, M. le professeur Le Dentu, dans une excellente revue (6), citant quelques cas de sa pratique, montre que la simple ponction, et, à plus forte raison, l'incision, peuvent suffire pour guérir radicalement des lésions aiguës et récentes. MM. Péan (7), Segond (8), Boileux (9) ont également obtenu des guérisons. M. Pozzi (10) n'accepte l'incision vaginale que dans des cas très restreints et la considère « comme infiniment inférieure à la laparotomie. »

(1) Laroyenne. — Lyon Médical, 1886.

(2) Blanc. — Thèse doctorat. Lyon 1887.

(3) Gouilloud. — Congrès Français de Chirurgie, 1889, et Archives de Tocologie 1891.

(4) Bouilly. — Mém. de la Société de Chirurgie, 1890, p. 500.

(5) Terrillon, Terrier, Pozzi, Mém. de la Société de Chirurgie, 1890, p. 500.

(6) Le Dentu, Gazette des Hôpitaux, 27 Fév. 1892.

(7) Péan, in loco citato Ac. de médecine, 1890.

(8) Segond. Mém. de la Société de Chirurgie, 92.

(9) Boileux. Clin. française, 1892, n° 25.

(10) Pozzi. Traité de Gynécologie, 2<sup>e</sup> éd. p. 691.

En s'en tenant à quelques cas bien précis, l'incision vaginale peut suffire. D'après les faits dont j'ai été témoin, les collections anciennes guérissent mal ; mais, quand il s'agit de collections récentes et fébriles, ou anciennes avec poussée récente, *unilatérales*, que la poche est unique, sans cloisonnements, quand ses parois sont souples, la simple incision avec drainage peut suffire. Si donc, après avoir fait le premier temps de l'H.V., on constate que les lésions remplissent ces conditions, le mieux est de s'en tenir là, et si besoin est, il sera toujours temps de procéder ultérieurement à l'H.V. Il y a, enfin, une circonstance où la simple incision est absolument indiquée : quand l'état général de la malade est si grave qu'une H.V. serait sûrement mortelle. Il faut, après incision, drainer la poche avec un double drain, ou avec le drain Verchère Malecot et le laisser en place longtemps, pendant 2 ou 3 mois, en faisant des lavages répétés.

Mon maître, M. Routier, a eu l'obligeance de me communiquer 17 observations, que je résume aussi rapidement que possible :

I. *Abcès postérieur*. — 38°5, début 3 mois, un verre de pus. Taponnement. Pas de fistule. Un mois après on sent encore une masse dure latérale, insensible à la pression. Va très bien depuis.

II. *Ovarite suppurée droite*. — (Incision postérieure) remontant à 4 mois — 39°. Etat général très-mauvais. Il reste une poche qui est ouverte à travers la paroi de la première et une troisième ouverte à travers la seconde (un litre de pus). Guérison parfaite.

III. *Hématocèle suppurée* datant d'un mois. Guérison.

IV. *Abcès pelvien* très ancien avec poussée aiguë, datant de 3 mois après avortement. Ouverture dans le vagin la veille de l'incision. Guérison.

V. *Abcès rétro-utérin* datant de 4 mois (fausse couche), pus fétide. Guérison.

VI. *Hématocèle suppurée* remontant à 6 semaines. Guérison parfaite.

VII. *Pyo-salpinx prolabé*. — Fausse couche il y a 3 emaines Guérison.

VIII. *Castration abdominale en septembre 1890*. — En février et en avril 1891, poussée de pelvi-péritonite ouverte par ponction. En juillet 1891, nouvelle poussée avec incision du cul-de-sac postérieur. Guérison.

IX. *Pelvi-péritonite*. — Pus fétide, état aigu. Fausse couche 2 mois 1/2 auparavant. *H. V. secondaire un mois plus tard* (septembre et octobre 1891), va très bien en août 1892.

X. *Pelvi-péritonite* datant de 15 jours, provoquant de l'occlusion intestinale. Pus très fétide. Guérison.

XI. *Pyo-salpinx droit* datant de 2 mois. Incision. Guérison.

XII. *Pelvi-péritonite* datant de 12 jours. Opérée in extremis. Mort.

XIII. *Pyo-salpinx droit*. — Début il y a 3 semaines. Guérison parfaite.

XIV. *Paramétrite antérieure*. — Incision pré-cervicale. Guérison.

XV. *Extirpation par le vagin d'une trompe purulente*. — Guérison.

XVI. *Abcès rétro utérin*. — Début il y a 8 jours. Sans raisons. Pus fétide et infect. Guérison.

XVII. *Pelvi-péritonite* opérée en pleine infection puerpérale. Mort.

Soit : sur 17 cas : 2 morts et 1 hystérectomie secondaire.

J'ai dit plus haut que les lésions anciennes guérissent mal quand elles sont traitées par l'élytrotomie. Elles restent souvent fistuleuses; les douleurs reviennent très rapidement, nécessitant une opération complémentaire qui sera, pour le cas particulier, toujours l'H. V. Quelques chirurgiens ont de bons résultats par l'élytrotomie; mais, suivent-ils leurs malades? Leurs opérées quittent l'hôpital comme guéries; mais que deviennent-elles? Ne vont-elles pas demander à un autre chirurgien une guérison que l'incision ne

leur a pas donnée ? Pour que, dans les cas de suppurations anciennes traitées par l'élytrotomie, on puisse affirmer la guérison, il faudrait revoir les malades opérées un an, deux ans après. C'est ce qui manque souvent dans les observations publiées. Donc, jusqu'à nouvel ordre, pas de simple incision des poches salpingiennes ou ovariennes anciennes.

Supposons que l'incision du cul-de-sac postérieur montre l'unilatélarité de lésions anciennes et l'intégrité absolue du côté sain, que faut-il faire ? Je crois que le mieux est de procéder à la laparotomie. La bilatéralité est, en effet, l'indication absolue de l'H. V. Ce n'est pas la seule, mais elle est indispensable.

En enlevant les annexes d'un côté seulement, on ne prive pas la femme de toutes ses facultés. Peu nombreuses sont, il est vrai, les observations de femmes devenues enceintes après une castration unilatérale. Cependant pour ma part, je connais deux femmes qui le sont devenues, l'une 7 mois, l'autre 2 mois après une castration unilatérale.

---

## RÉSULTATS DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Il faut étudier : les résultats immédiats ou opératoires et les résultats éloignés ou thérapeutiques de l'H. V. dans le traitement des suppurations.

*Résultats opératoires.* — Ils sont des plus satisfaisants. Je prends d'abord ceux des observations qui accompagnent ce travail :

|                   |     |             |     |         |    |        |
|-------------------|-----|-------------|-----|---------|----|--------|
| MM. Michaux ..... | 17  | Op. donnant | 15  | guéris. | 2  | morts. |
| Routier .....     | 18  | »           | 15  | »       | 3  | »      |
| Richelot.....     | 42  | »           | 37  | »       | 5  | »      |
| Reclus .....      | 12  | »           | 11  | »       | 1  | »      |
| Peyrot-Bazy ....  | 15  | »           | 13  | »       | 2  | »      |
| Nélaton .....     | 9   | »           | 7   | »       | 2  | »      |
| Le Dentu.....     | 2   | »           | 2   | »       | 0  | »      |
| Terrillon-Chaput  | 17  | »           | 15  | »       | 2  | »      |
| Quénu .....       | 6   | »           | 6   | »       | 0  | »      |
|                   | 138 |             | 121 |         | 17 |        |

Donc, sur 138 opérations, j'obtiens 121 guérisons et 17 morts, ce qui fait 12.3 % de mortalité. J'analyserai tout à l'heure les cas de mort et je verrai quels sont ceux qui sont directement imputables à l'opération et ceux dus à une cause toute fortuite.

Si je prends, pour être complet, les résultats publiés

soit au Congrès de Bruxelles, soit dans les périodiques, comme je le ferai pour la laparotomie, je trouve :

|                     |       |     |         |       |         |       |        |
|---------------------|-------|-----|---------|-------|---------|-------|--------|
| MM. Segond (1)..... | 56    | op. | donnant | 46    | guéris. | 10    | morts. |
| Doyen (2).....      | 89    | »   |         | 85    | »       | 4     | »      |
| Jacobs (3).....     | 63    | »   |         | 61    | »       | 2     | »      |
| Rouffaert (3)...    | 22    | »   |         | 21    | »       | 1     | »      |
| Acconci (4)....     | 23    | »   |         | 23    | »       | 0     | »      |
|                     | <hr/> |     |         | <hr/> |         | <hr/> |        |
|                     | 253   |     |         | 236   |         | 17    |        |

En ajoutant à ces résultats ceux de mes observations :

|       |     |       |       |       |    |
|-------|-----|-------|-------|-------|----|
| 253   | op. | 236   | guér. | 17    | m. |
| 138   | »   | 121   | »     | 17    | »  |
| <hr/> |     | <hr/> |       | <hr/> |    |
| 391   |     | 357   |       | 34    |    |

j'arrive à ce résultat, que l'on obtient une mort sur 11,5 opérations, ce qui fait 8,66 % de mortalité. Comment donc peut-on prétendre que l'H. V. est, dans le traitement des suppurations, plus grave que la laparotomie qui donne, nous le verrons, 15,2 % de mortalité ?

A côté de ce résultat principal, il faut encore tenir compte des complications qui, si elles ne sont pas mortelles, viennent entraver la guérison. J'ai assez insisté sur ces complications pour n'avoir pas à y revenir. Je dirai seulement que les trois principales sont : l'hémor-

(1) Segond. Congrès de Bruxelles (en voie de publication). Depuis cette époque, M. Segond a fait de nombreuses H. V. Il réserve toutes ses observations pour son élève M. Baudron, qui publiera bientôt un travail basé sur la pratique personnelle de son maître (communication orale).

(2) Doyen. Archives provinciales de chirurgie, décembre 1892, p. 473.

(3) Congrès de Bruxelles, 1891.

(4) Comptes-rendus de la clinique de Padoue, 1892.

rhagie, les fistules urinaires et stercorales et les fistules purulentes.

L'hémorrhagie est presque toujours la faute du chirurgien ; j'ai dit comment on pourrait réduire au minimum les fréquences de cet accident. Les fistules purulentes seront bien rares si on veut suivre les principes du pansement que j'ai indiqués. Quant aux fistules urinaires et stercorales, on les rendra encore moins fréquentes, si on ne s'écarte jamais du tissu utérin et si on suit cette règle fondamentale : *ne rien faire sans y voir* (V. plus loin).

Je n'attache à la statistique que je viens de donner qu'une importance très restreinte, quoiqu'elle soit complètement en faveur de l'H. V. Ses résultats ne prouvent qu'une chose : c'est que l'opération est bonne et qu'elle est beaucoup moins dangereuse que la laparotomie. Mais ce qui est plus important et plus instructif, c'est de revenir sur les 17 cas de mort relatés dans mes 138 observations et de les analyser. Je me demanderai plus loin si ces malades, opérées par laparotomie, auraient eu de plus grandes chances de guérison.

M. Richelot, sur 42 H. V., a 37 guérisons et 5 morts. C'est d'abord une femme de 34 ans, opérée le 30 avril 1891 (obs. 39) pour un pyo-salpinx énorme qui dépassait l'ombilic et dont la partie déclive paraissait remplir le cul-de-sac de Douglas. Il se trouva que c'était une grappe de kystes séreux transparents qui occupaient cette région et que la poche tubaire tout entière était développée au-dessus du détroit supérieur. Séance tenante, M. Richelot fit la laparotomie et la malade, très affaiblie, qui avait 40° tous les soirs, succomba au choc de la

double opération. La laparotomie d'emblée aurait sans doute mieux réussi.

La seconde malade (obs. 47) est une femme de 40 ans, opérée le 4 juillet 1891, elle avait une suppuration compliquée et plusieurs foyers entourés d'adhérences inextricables. La moitié du corps utérin fut laissé dans le fond de la plaie. La fièvre continua et la malade mourut le 14 juillet. L'autopsie montra une collection purulente en plein péritoine qui n'avait pas été ouverte et que le fond de l'utérus fermait comme un bouchon. L'ouverture du ventre n'aurait pas eu un meilleur résultat; car la collection susdite aurait pu être attaquée, mais celles qui avaient été ouvertes par la voie vaginale auraient certainement échappé au milieu du magma intestinal.

Dans le troisième cas (obs. 48) il s'agit d'une malade laparotomisée en 1889 pour ouvrir et drainer une collection purulente. Elle avait gardé une fistule intarissable et entre à Tenon dans un état pitoyable (décharnée, muguet), le 24 juillet 1891. Opération désespérée qui fut bien supportée. Mais l'alimentation resta impossible et la mort eut lieu le 30 juillet.

Dans le quatrième cas (obs. 64, fév. 1892), opération très laborieuse. Tout allait bien, quand au bout de quelques jours, établissement d'une fistule stercorale amenant le dépérissement et la mort dans les premiers jours de mai.

Dans le cinquième cas (5 mai 1892, obs. 71), gros kyste purulent de l'ovaire, annexes enlevées des deux côtés. Mort avec péritonite purulente. A la place de l'ovaire droit enlevé existait un foyer septique qui avait été le point de départ de l'infection.

Parmi les 17 observations de M. Michaux, on relève 15 guérisons et 2 morts.

Dans le premier cas (obs. 31), il s'agissait d'une jeune femme présentant un double pyo-salpinx. La collection droite s'était ouverte dans la vessie, ayant occasionné de la cystite avec néphrite ascendante. Au moment de l'opération cette malade était en très mauvais état, avec œdème des membres inférieurs. Elle mourut le troisième jour. L'autopsie montra de gros reins blancs parenchymateux.

Pour le second insuccès, il s'agit d'une malade hystérectomisée le 21 octobre 1892 (obs. 29), secondairement à une ouverture vaginale d'hématocèle rétro-utérine restée fistuleuse. Les douleurs avaient reparu. La fièvre était constante. On a trouvé à droite un gros foyer salpingien purulent qui était l'ancienne hématocèle modifiée. A gauche il existait également un petit pyo-salpinx. La malade succomba à une forme de septicémie péritonéo-intestinale.

M. Routier, sur 18 opérations, a eu 15 guérisons et 3 morts.

L'une d'elles (obs. 9), est survenue à la suite de la continuation des accidents pré-opératoires. La malade avait une péritonite purulente non diagnostiquée, très étendue, avant son opération, et elle y a succombé. La laparotomie ne l'aurait évidemment pas sauvée, bien qu'elle eut été mieux indiquée si le diagnostic avait été fait.

La seconde malade opérée le 22 avril 1892 (obs. 10), apyrétique allant très bien, a succombé brusquement le troisième jour et l'autopsie n'a pas révélé la cause de cette mort inexplicable. Les caillots que l'on a trouvés dans le cœur étaient préagoniques (Girode).

La troisième malade (obs. 11) opérée le 11 juillet 1892, est morte à la suite d'une péritonite purulente partie manifestement du petit bassin.

Mon maître, M. Reclus, sur 12 H. V., a 11 guérisons et 1 mort. Il s'agissait d'une malade opérée en janvier 1893 (obs. 88), affaiblie par de grandes pertes antérieures, ayant un gros utérus fibromateux, une suppuration abondante péri-utérine ouverte dans le rectum. Après l'H. V. un gros abcès est ouvert et on reconnaît l'appendice qui était le point de départ de cet abcès plongeant dans le bassin. L'état général, l'hémorrhagie opératoire qui fut assez abondante, firent que cette malade succomba au choc, 38 heures après l'intervention.

Sur les 2 morts de MM. Terrillon et Chaput, la première est due à une H. V. faite le 10 septembre 1891, et à l'autopsie on trouva des lésions manifestes de néphrite tuberculeuse (obs. 118). La seconde est survenue par hémorrhagie. Le soir de l'opération, la malade avait elle-même arraché ses pinces (obs. 121).

M. Nélaton a eu 2 morts à déplorer. La première (obs. 93) est survenue à la suite d'une hémorrhagie du dixième jour. La seconde (obs. 99) est une malade de l'hôpital Necker, qui eut une récurrence de la suppuration après une H. V., du 1<sup>er</sup> septembre 1892. La laparatomie, faite le 27 novembre, fut fatale.

M. Peyrot a perdu 2 malades : l'une de broncho-pneumonie le neuvième jour (obs. 107); l'autre, dont l'état général était très mauvais avant l'opération, mourut de choc le lendemain (obs. 103).

Parmi ces 17 morts, voyons combien doivent être imputées directement à l'H. V.

On ne songera pas à incriminer l'H. V. dans le

troisième cas (obs. 48) de M. Richelot, ni dans le premier de M. Michaux (obs. 31), ni dans les deux premiers cas de M. Routier (obs. 9 et 10), ni dans le premier de MM. Terrillon et Chaput (obs. 118). *Ce qui donne sur 17 morts, 12 cas seulement où l'on puisse incriminer l'opération.* Je me demanderai plus loin combien, sur ces 12 malades, auraient guéri par la laparotomie et combien seraient mortes, suivant toutes les probabilités, par cette dernière voie, sur les 121 guéries par l'H. V.

Quelle est la cause de ces 12 morts ?

3 fois on peut incriminer le choc (obs. 39, 88 et 103).

3 fois la péritonite (obs. 39, 11 et 71).

1 fois une fistule stercorale consécutive (obs. 64).

1 fois l'épuisement le quatorzième jour (obs. 47).

2 fois l'hémorrhagie (obs. 121), la malade a arraché elle-même ses pinces ; (obs. 93), hémorrhagie septique le dixième jour.

1 fois une laparotomie faite 3 mois plus tard (obs. 99).

1 fois la broncho-pneumonie le neuvième jour (obs. 107).

---

12

Au point de vue de l'H. V. partielle ou des opérations avec ablation totale ou nulle ou unilatérale des annexes, je relève :

1 mort après H. V. partielle (une poche étant située au-dessus du fond de l'utérus, (obs. 47).

1 mort après ablation totale (obs. 71).

1 » après ablation unilatérale (obs. 11).

8 » avec ablation nulle (obs. 29-39-64-88-93-99-103-134)

1 » où le résultat de l'ablation n'est pas spécifié (obs. 121).

Dans les 138 obs. ci-jointes, 34 fois l'ablation intégrale des annexes est signalée, 83 fois aucune ablation n'a été faite et 14 fois elle a été unilatérale. Quant aux hystérectomies partielles, elles sont au nombre de 7.

Si je fais maintenant le relevé de certaines particularités intéressantes des conditions dans lesquelles l'H.V. a été faite, voici ce que je trouve : 15 fois l'abcès était antérieurement ouvert dans le rectum, 6 fois dans le vagin, 2 fois dans le vagin et le rectum simultanément, 2 fois dans la vessie (obs. 31 et 58), 3 fois l'H.V. a été faite secondairement à une laparotomie dont la cicatrice était restée fistuleuse (obs. 20, 43 et 48).

Je remarque que l'H.V. a été faite 6 fois après une laparotomie antérieure (obs. 20 déjà signalée, 36, 2 mois 1/2 après, 52, 1 au plus tard, 102, 2 ans, 104, un mois et 129), pour continuation des accidents. Dans ces cas l'H.V. n'a jamais été mortelle.

Quant aux laparotomies secondaires à l'H. V., elles sont au nombre de 3 (obs. I, 1 an 1/2 — 41, 6 mois après — 99, 3 mois). Et toujours la laparotomie a été mortelle. Peut-on invoquer un argument plus démonstratif en faveur de l'H. V. dans les cas complexes ? Elle guérit toutes les malades chez lesquelles la laparotomie a été impuissante, et la laparotomie tue toutes celles qui n'ont pas été radicalement guéries par l'H. V. Sur ces trois derniers cas de mort, je n'en compte qu'un parmi les 12 décès : c'est celui de l'observation 99, parce que la malade ne s'est pas relevée de l'H. V. Quant aux deux autres cas, les malades avaient guéri de l'opération, avaient repris leur vie active et la laparotomie doit être incriminée en tant que cause de mort.

Quatre fois, l'H. V. a été faite secondairement à l'élytrotomie postérieure (obs. 16-21-29-107).

Les complications sont-elles très nombreuses après l'H. V. ? Voici, à ce point de vue, ce que l'on observe :

1 plaie de la vessie (obs. 46, avec fistule ayant duré 10 jours).

2 plaies du rectum (obs. 37 et 104, ayant donné lieu à une fistule pendant 10 et 5 mois).

1 plaie de l'intestin grêle (obs. 53, réparée, fistule quelques jours après, tarie rapidement).

3 hémorrhagies peu sérieuses ;

2 hémorrhagies mortelles (obs. 93 et 121) ;

4 trajets fistuleux au fond du vagin ayant persisté assez longtemps (obs. 27, 5 mois — 44, 1 mois 1/2 — 65, 4 mois — 30, 1 mois 1/2).

2 fistules urinaires secondaires (obs. 69 et 62).

5 fistules stercorales secondaires (obs. 32-123-135-137, l'abcès était déjà ouvert dans le rectum, guérissant très rapidement et 64 se terminant par la mort).

Ces complications ont 3 fois amené la mort : 2 hémorrhagies, et 1 fistule stercorale secondaire.

*Résultats éloignés.* — Ils doivent être examinés au point de vue des douleurs et de quelques accidents possibles.

Presque toutes les malades qui ont été revues un temps assez long après l'opération ne souffrent plus. C'est là un fait indiscutable. On peut observer quelquefois un empâtement douloureux au fond du vagin, mais c'est exceptionnel. Plus d'écoulement à craindre. Les fistules purulentes (si elles existent) une fois taries, tout

rentre dans l'ordre. On n'a qu'à lire les observations de certaines malades revues 10 mois, 1 an après l'opération : toutes étaient en parfait état.

M. Segond, au Congrès de Bruxelles, a signalé un cas de troubles cérébraux ayant nécessité l'internement dans une maison de santé. Mais cet accident peut arriver tout aussi bien après la castration abdominale. J'en ai observé un exemple très remarquable pendant mon externat chez M. Le Dentu, à l'hôpital Saint-Louis en 1887.

Les bouffées de chaleur et les troubles réflexes du molimen menstruel peuvent s'observer pendant quelque temps. M. Routier m'a parlé d'un accident singulier. Une de ses opérées, chaque mois, a de l'œdème des mains accompagné de quelques troubles nerveux peu intenses.

J'ai dit que dans les H. V. partielles, le moignon utérin laissé en place donnait lieu à des écoulements menstruels et quelquefois à des douleurs. M. Nélaton a une malade chez laquelle il ne peut enlever que le col, après avoir ouvert 2 volumineux abcès l'un en avant, l'autre en arrière de l'utérus. Cette malade, revue deux ans après son opération, se porte très bien.

Chez les femmes privées d'utérus et d'ovaires et dont le vagin se termine en cul de sac, les désirs sexuels ne sont ni abolis, ni diminués, au contraire. Je pourrais, à ce sujet, raconter quelques anecdotes qui seraient probantes et je n'insiste pas. Quant au coït, il n'est ni empêché, ni entravé en quoi que ce soit.

Le seul point sur lequel il est nécessaire d'attirer l'attention est *la récurrence de la suppuration*. Dans l'observation 99 on peut voir que la laparotomie a été faite trois mois après l'H. V., et huit jours après l'ouverture du

cul-de-sac vaginal d'une collection suppurée. Comment interpréter ces collections qui peuvent survenir après l'H. V. ? Ou elles sont de nouvelle formation, ou elles préexistaient à l'H. V. et elles ont continué leur marche progressive. Dans le premier cas, il s'agirait de collections ayant pour point de départ les débris pathologiques laissés en place après l'H. V. M. Chaput (1) m'a communiqué une observation de kyste séreux formé en février 1893 chez une femme à laquelle il avait fait une H. V. le 31 juillet 1891 pour un hémato-salpinx. Ce kyste a été ponctionné et drainé. Il est évident que les abcès seraient possibles mais je n'en ai trouvé aucune observation.

Plus sérieuse est la seconde hypothèse : Pendant l'hystérectomie, on a laissé des poches inaperçues, ou il a été impossible de les ouvrir, ou bien elles ne s'ouvrent pas dans les jours qui suivent l'opération comme c'est la règle. Le vagin se cicatrise ou reste fistuleux, la malade continue à souffrir et la collection augmente de volume devenant appréciable par le palper bimanuel. Une laparotomie supplémentaire est alors nécessaire. Comment peut-on après l'H. V., oublier de ces poches ? C'est certainement lorsque celles-ci siègent haut, sans prolongement péri-utérin, dont j'ai admis l'existence, rare il est vrai. La conclusion logique de cette possibilité est la suivante : *N'opérer que par la laparotomie les poches purulentes, même bilatérales, quand elles sont remontées dans la cavité abdominale et qu'elles ne présentent pas de prolongement péri-utérin.*

---

(1) Chaput. Communication écrite.

## RÉSULTATS DE LA LAPAROTOMIE

Afin de pouvoir établir plus loin une comparaison entre la laparotomie et l'H. V. dans le traitement des suppurations, je suis obligé de considérer les résultats opératoires et thérapeutiques de la première comme je l'ai fait pour la seconde.

*Résultats opératoires.* — Pour les apprécier en bloc, j'ai pris les résultats que l'on m'a confiés et ceux publiés dans les mémoires de la Société de Chirurgie ou dans les périodiques :

|                      |                                  |   |            |   |           |
|----------------------|----------------------------------|---|------------|---|-----------|
| MM. Routier (a)..... | 33 op. donnant 26 guér. 7 morts. |   |            |   |           |
| Michaux (a).....     | 17                               | » | 11         | » | 6         |
| Richelot (a).....    | 46                               | » | 38         | » | 8         |
| Reclus (a).....      | 9                                | » | 8          | » | 1         |
| Peyrot-Bazy (a)....  | 22                               | » | 17         | » | 5         |
| (1891-92)            |                                  |   |            |   |           |
| Terrillon-Chaput (1) | 55                               | » | 48         | » | 7         |
| Le Dentu (2).....    | 22                               | » | 18         | » | 4         |
| Terrier (3).....     | 22                               | » | 19         | » | 3         |
| Pozzi (4).....       | 55                               | » | 50         | » | 5         |
| Doyen (5).....       | 60                               | » | 54         | » | 6         |
| Bouilly (6).....     | 39                               | » | 33         | » | 6         |
|                      | <u>380</u>                       |   | <u>322</u> |   | <u>58</u> |

(a) Notes écrites qui m'ont été communiquées par mes maîtres.

(1) Prisin Thèse M. Moulin Macquart, p. 146, et communication écrite de M. Chaput.

(2) Le Dentu. Gazette des Hôpitaux, 25 février 1892, p. 231, et observations prises dans le service pour l'année 1892.

(3) Terrier. Mémoires de la Société de Chirurgie, 1888-89-90-91.

(4) Pozzi. Traité de Gynécologie, 2<sup>e</sup> édit., p. 670.

(5) Doyen. Archives provinciales de Chirurgie, décembre 1892, p. 468.

(6) Bouilly. Mémoires de la Société de Chirurgie, 1890-91.

Donc, sur 380 laparotomies faites pour pyo-salpinx, on a 322 guérisons et 58 morts. Ce qui fait 15.2 % de mortalité. Aussi, suis-je étonné d'entendre souvent des chirurgiens dire que la laparotomie pour pyo-salpinx ne présente que peu de gravité. On sera peut-être surpris de voir que les résultats que je donne diffèrent absolument, sauf pour MM. Terrillon et Chaput, de ceux que donne dans sa thèse mon collègue M. Moulin-Macquart. Pour les résultats que mes maîtres m'ont donnés personnellement, j'en garantis l'authenticité. Quant aux autres j'indique les sources auxquelles j'ai puisé (1). Pour la statistique de M. le professeur Le Dentu, voici comment j'ai procédé. Mon maître a publié (*Médecine moderne*, 1890, p. 365) le résultat de ses laparotomies, au nombre de 8, allant du 1<sup>er</sup> janvier 1888 au 31 mars 1890, pour affections inflammatoires des annexes, sans spécifier s'il s'agissait de pyo-salpinx. C'est pour cela que je n'ai pris aucun de ces cas. Dans la *Gazette des Hôpitaux*, 25 février 1892, p. 231, il publie 12 cas de pyo-salpinx, avec 10 guérisons et 2 morts, pour opérations faites d'octobre 1890 à février 1892. Pour l'année 1892, sur 18 laparotomies pour affections inflammatoires des annexes (février 1892-janvier 1893), je relève 10 pyo-salpinx donnant 2 morts. Je n'ai pris que les observations où la présence de pus était nettement spécifiée, soit : 22 laparotomies avec 4 morts.

Cette mortalité de 15,2 % s'adresse à tous les cas de pyo-salpinx pris en bloc ! Combien cette statistique ne

(1) On remarquera que, pour établir notre comparaison, nous avons pris, autant que possible, les chirurgiens qui nous ont confié leurs observations d'hystérectomie, en y ajoutant quatre noms dont la réputation comme laparotomistes n'est plus à faire : MM. Terrier, Pozzi, Bouilly et Doyen.

serait-elle pas plus instructive si j'établissais la division suivante : 1° *Laparotomies pour pyo-salpinx facilement énucléables où la mortalité est très faible (5 ou 6 % tout au plus)*. — 2° *Laparotomies pour poches très adhérentes, très difficilement énucléables*. Est-ce une exagération d'affirmer pour ces derniers cas une mortalité de 25 %? Non, certainement; et je suis même au-dessous de la vérité. J'ai essayé d'établir cette proportion en lisant un grand nombre d'observations. Mais la chose m'a paru impossible. Les chirurgiens, en effet, dans le relevé des temps opératoires, ne donnent souvent que des indications fort incomplètes sur l'enkystement des lésions ou les adhérences des poches. Mais je crois cependant pouvoir avancer, sans risquer d'être contredit, que dans les cas de poches adhérentes et difficilement énucléables, la mortalité moyenne est de 25 %. *MM. Terrier et Bouilly ne disaient-ils pas que dans ces conditions, la laparotomie est toujours une opération très-sérieuse?*

J'aurais également beaucoup désiré établir une autre division, *suivant que l'on opère « à froid » ou dans un état aigu*. Les bases m'ont encore fait défaut. **Tout** le monde sait cependant que le pus des vieux pyo-salpinx est stérile dans la majorité des cas (v. Introduction) et qu'il ne cultive pas. Les suppurations récentes ou les anciennes, au moment d'une poussée aiguë, sont, au contraire, très virulentes, et l'ouverture des poches, avec inondation du péritoine pendant la décortication, est toujours alors un accident grave. Le pus des abcès fétides est encore bien plus dangereux. Je puis, me basant sur quelques chiffres, trop peu élevés malheureusement pour amener la conviction, je puis, dis-je, **montrer** que ce n'est pas là une crainte exagérée.

Dans une note manuscrite, mon maître M. Richelot me dit : « Sur les 8 morts que j'ai à regretter, je relève 6 suppurations fétides. » — Sur les 17 opérations de M. Michaux ayant donné 6 morts, on observe 4 suppurations fétides avec 3 morts! — Et M. Peyrot, sur 22 opérations, a rencontré deux fois du pus fétide. Les deux fois, les malades ont succombé!.

Je regrette de ne pouvoir appuyer ma conviction sur des cas plus nombreux, mais je puis cependant avancer que la moitié (je dis 50 0/0 pour me tenir au-dessous de la réalité) des suppurations péri-utérines fétides qui s'ouvrent dans le péritoine pendant la décoloration s'accompagnent de mort.

Mais, quand on a le résultat opératoire, en se plaçant au point de vue de la mortalité seulement, cela ne suffit pas. Il est des cas assez fréquents où les laparotomistes les mieux exercés ne peuvent enlever tous les produits morbides. On draine à la Mickulicz et pour tamponner et pour permettre l'écoulement des liquides, et au lieu d'obtenir la guérison radicale, on aura plus tard une fistule intarissable qui nécessitera une opération complémentaire qui sera souvent l'H. V. Dans les cas sérieux les fistules urinaires et stercorales peuvent s'observer.

Comme conclusion de ces résultats immédiats de la laparotomie pour pyo-salpinx, je dirai :

1° *La laparotomie pour pyo-salpinx en général est une opération grave ;*

2° *La mortalité est très faible pour les petites poches peu ou pas adhérentes ;*

3° *La mortalité est de 25 % dans le cas de poches adhérentes, difficilement ou pas énucléables ;*

4° *La mortalité est de 50 % dans les laparotomies qui se font pendant une poussée aiguë ou pour suppurations fétides, quand on contamine le péritoine pendant l'opération ;*

*Résultats éloignés.* — Les résultats éloignés de la laparotomie pour suppuration sont si bons que l'on a pu dire : « Les pyo-salpinx sont le triomphe de la laparotomie. » En règle générale c'est vrai. Une fois les poches enlevées et les adhérences libérées, la malade revient à la santé. Le plus souvent, après la castration bilatérale, l'utérus s'atrophie, la métrite participe à ce travail de rétrocession et il est rare que la matrice devienne le point de départ de nouveaux accidents. Mon maître M. Le Dentu, me disait avoir vu un utérus atteint de métrite parenchymateuse très accusé avec un col, deux fois volumineux comme le corps, rétrocéder et atteindre ses dimensions normales.

Tout cela est vrai, je le répète, dans la grande majorité des cas, mais cette règle générale supporte de nombreuses exceptions. Pour le prouver, il suffira de voir que nombreuses sont aujourd'hui les hystérectomies secondaires à une laparotomie pour pyo-salpinx. Quels sont, après l'ablation par la laparotomie des annexes suppurées, les accidents que l'on peut observer ? (1)

Plus sont accusées les lésions qui ont nécessité l'intervention, moins le retour des douleurs est à craindre. Chacun sait combien sont souvent précaires, à ce point de vue, les résultats de la castration pour ovarite scléro-kystique. Les douleurs ont cependant été observées après la laparotomie pour pyo-salpinx.

(1) Voir 5<sup>e</sup> Congrès Français de chirurgie, 1<sup>er</sup> avril 1891.

Elles peuvent être continuelles, ou survenir tous les mois pour durer alors 8 ou 10 jours, quelquefois pendant la première année après l'intervention. Lawson Tait incrimine la névrite. M. Bouilly rapporte ces douleurs mensuelles à de petites hémorrhagies qui se produisent entre les fausses membranes. Dans 4 cas, Tait a réopéré ses malades et il a trouvé des kystes formés aux dépens du tronçon de la trompe tenant à la corne utérine. M. Le Dentu a observé des cas analogues et a fait alors l'H. V. secondaire. De là le principe de réséquer la trompe au ras même de l'utérus. M. Richelot a signalé l'empâtement douloureux autour du moignon. M. Terrillon a relevé un épanchement séreux dans le cul de sac de Douglas, après la laparotomie et qui guérit par une simple ponction.

A côté de ces douleurs un autre accident éloigné de la laparotomie est le retour de poussées infectieuses partant de l'utérus, avec formation d'abcès dans le Douglas (Le Dentu, Bouilly).

Les règles peuvent persister pendant quelque temps, ou bien, aux époques qui correspondent aux règles surviennent des bouffées de chaleur, des malaises, des sueurs, parfois même des hémorrhagies supplémentaires comme la rectorrhagie signalée par Doyen. Des écoulements muco-purulents sont assez fréquents nécessitant un traitement complémentaire : le curettage ou l'ablation de la matrice.

Les fistules de la cicatrice ne sont pas exceptionnelles (v. obs. 20, 43, 48). Ou bien c'est un fil de soie qui en est la cause, ou bien c'est à la suite d'un drainage à la Mickulicz, l'orifice par lequel passaient les mèches ne s'oblitérant pas. Le meilleur traitement de

ces fistules abdominales sera parfois l'H. V. avec drainage abdomino-vaginal (1).

L'éventration au niveau de la cicatrice n'est pas aussi rare que le prétendent quelques chirurgiens. Elle sera certainement diminuée par les soins que l'on apportera à suturer la paroi en suivant les règles données par M. Pozzi et en faisant une ouverture aussi petite que possible. Mais malgré cela, chez les femmes âgées, à parois flasques et tombantes, l'éventration est toujours un accident possible. Pendant l'année 1892, dans le service de mon maître M. Labbé, on a opéré 4 éventrations secondaires à des laparotomies. On en a opéré 2 dans le service de M. Peyrot et cependant, chez toutes ces malades, on avait fait la suture à étages.

---

(1) On n'aura recours à l'H.V. dans le traitement de ces fistules que quand les traitements palliatifs auront échoué. Il suffira souvent de dilater le trajet, de le gratter, ou d'extirper le fil pour amener la guérison. Tous les chirurgiens ont ainsi obtenu des succès.

## AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

---

### COMPARAISON AVEC LA LAPAROTOMIE

Tout a été dit sur les avantages et les inconvénients de l'H. V. dans le traitement des suppurations péri-utérines. Je n'aurai qu'à résumer les polémiques suscitées par cette opération.

Pour M. Segond, l'H. V. est supérieure à la laparotomie pour trois raisons : elle est moins grave, elle guérit mieux et ne s'accompagne pas de cicatrice. Ce dernier avantage, réserve faite de ce qui concerne l'éventration, n'a, comme on l'a dit, qu'un intérêt « cosmétique » et n'est important que chez quelques malades.

La gravité moindre de l'H. V. découle de tout ce qui précède. Il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à se rapporter aux résultats de la laparotomie et de l'H. V. Mais je ne tire qu'une conclusion pratique limitée de ce pourcentage favorable à l'H. V. Comme je le dirai plus loin, il y a des circonstances où la laparotomie peut être préférée à l'H. V. Les 34 cas où l'exérèse de la matrice a été accompagnée de l'ablation totale des annexes et qui seraient certainement justiciables de la laparotomie n'ont donné qu'une seule mort, soit 2.97 % de mortalité. L'H. V., même dans les cas simples de suppuration, supporte donc une comparaison avanta-

geuse avec la laparotomie. Je reviendrai plus loin là-dessus.

L'H. V. guérit-elle mieux que la laparotomie? J'ai indiqué les résultats éloignés des deux opérations. Ils semblent à l'avantage de l'H. V. En mettant de côté les accidents post-opératoires entravant plutôt la guérison que compromettant l'existence, je ne relève guère, comme accident éloigné, que la possibilité de la récurrence de la suppuration. Cette récurrence s'observe également et bien plus souvent après la castration abdominale, où l'utérus, infecté et donnant lieu à des écoulements muco-purulents, peut devenir le point de départ de poussées lymphangitiques aboutissant au phlegmon du ligament large ou à la pelvi-péritonite. Quant à la récurrence, après l'H. V., on l'évitera en s'en tenant aux indications et en n'opérant pas par le vagin les poches situées haut. Je puis établir une proportion sur les récurrences relatives après l'H. V. et la laparotomie. M. Doyen, sur 60 laparotomies, a dû faire 10 hystérectomies secondaires. Dans les observations ci-jointes, on relèvera 6 H.V. secondaires à des laparotomies et 3 laparotomies seulement consécutives à l'H. V.

L'H. V. permet de mener à bien des cas où la laparotomie serait ou très grave ou impossible. Il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à lire les observations 23, 29, 106, 114 et 123, et on verra des chirurgiens, très versés dans l'art de se tirer des difficultés les plus ardues de la laparotomie, renoncer à l'opération abdominale et procéder séance tenante à l'H. V.

L'H. V. est une opération sous-péritonéale. La déclivité assure l'écoulement large du pus. Nous avons vu

que l'ouverture des poches à poussée aiguë ou fétide, pendant la laparotomie, est un accident des plus sérieux. Dans l'hystérectomie les adhérences protègent le péritoine, donnant une sécurité presque absolue. On peut voir qu'en général le péritoine est ouvert dans les cas simples seulement. Dans la laparotomie, la contamination du péritoine est toujours un accident possible. M. Boileux (v. Introduction) ne conclut-il pas avec M. Terrier à la suite de ses recherches bactériologiques sur le pus du pyo-salpinx: 1° l'épanchement de pus dans le péritoine est toujours une chose sérieuse. 2° C'est la virulence du pus épanché et non sa quantité qui constitue le danger ? Les adhérences intestinales sont respectées de parti pris dans l'H. V. Peut-on craindre qu'elles s'aggravent et produisent plus tard des symptômes d'occlusion ? Rien jusqu'à présent ne le prouve.

Dans les suppurations bilatérales avec rétroflexion adhérente, personne ne contestera la supériorité de l'H. V. En quoi consiste dans ces cas le traitement par la laparotomie ? Dans l'ablation des annexes, le décollement de la face postérieure de l'utérus et l'hystéropexie. N'est-il pas bien plus simple et plus rationnel d'enlever et l'utérus rétrofléchi et les annexes malades ?

Le but que poursuit la laparotomie dans les suppurations est de décortiquer et d'extirper les collections purulentes avec les poches qui les circonscrivent. Le but de l'H.V. est le même si la chose est possible. Sinon elle se contente d'ouvrir et de drainer. Cela semble un recul. Lors des premières discussions, les chirurgiens se demandaient ce que deviendraient les produits pathologiques laissés, de propos délibéré, dans le petit bassin.

M. Pozzi, invoquant le « microbisme latent, » compare les débris laissés en place à de vieux séquestres invaginés et craint qu'ils ne deviennent le point de départ de poussées infectieuses. La pratique a montré que ces craintes n'étaient pas fondées. Que les résultats éloignés soient très bons après l'H.V. avec ablation totale des lésions, on le comprend aisément. Mais ces résultats sont aussi bons quand bien même on n'aurait pas tout enlevé. Nous avons vu aux résultats éloignés que la récurrence de la suppuration était rare. D'ailleurs, qu'y a-t-il d'étonnant à cela ? Que fait l'H.V. quand elle est incomplète ? Elle permet d'ouvrir largement les poches et de les drainer au point le plus déclive. A-t-on jamais agi autrement dans les abcès vulgaires ? Quand le traitement des abcès a-t-il consisté à les disséquer et à les extirper ? Est-ce parce que les abcès de la trompe sont limités par une poche épaisse, dure et modifiée que la cicatrisation est impossible ? Mais les résultats de l'H.V. prouvent absolument le contraire. L'idéal serait certainement d'extirper les poches. Mais puisque la chose a peu d'importance, et que d'autre part, la mortalité par la laparotomie est de 25 0/0 dans les cas où la décortication est longue et pénible, l'objection que l'on adresse à l'H.V. d'être une opération incomplète, tombe d'elle-même.

Partant de données physiologiques, M. Pozzi avance que l'utérus, après l'exérèse des annexes, s'atrophie toujours et qu'il n'en est pas de même pour les annexes après la seule ablation de la matrice. Nous avons vu aux suites éloignées de la laparotomie que l'utérus ne rétro-cède pas toujours après la castration. L'atrophie annexielle est-elle constante après l'H. V. ? M. Reclus me disait qu'il

allait être obligé de laparotomiser une malade à laquelle il avait pratiqué l'H.V. en laissant les annexes en place. A chaque époque cataméniale, cette femme éprouve de très vives douleurs dans le bas-ventre. Après l'H.V. il faut compter sur l'atrophie et la transformation cicatricielle des parties respectées (Segond) et cela malgré l'opinion contraire de Grammatikati (1) et de Glœvecke (2) sur la persistance de la fonction ovarique après l'hystérectomie.

J'ai déjà dit que l'H.V. pouvait laisser passer des poches sans les ouvrir. Rien de plus naturel quand on a été obligé de s'en tenir à une hystérectomie partielle. Mais quand toute la matrice a été enlevée, il est plus difficile de comprendre que des poches purulentes puissent passer inaperçues. C'est pour cela que j'ai admis une division basée sur la situation des poches relativement aux culs de sac vaginaux. Il est infiniment probable que cet accident n'arrive que pour les poches haut situées sans rapports bien nets avec un cul-de-sac vaginal. Le fait est rare mais il peut exister. Dans un cas de M. Richelot, l'ouverture de la poche eût été si dangereuse que mon maître préféra recourir séance tenante à la laparotomie. Il suffira pour se rendre compte de ce danger qu'il y a à opérer ces poches par l'H.V., de savoir que les adhérences protectrices dont j'ai parlé n'existent plus, que ces poches sont libres dans le ventre et qu'après leur ouverture il peut être difficile de protéger le péritoine qui les entoure.

L'H. V. est impuissante contre ces abcès que l'on rencontre parfois entre les anses intestinales ou dans l'épaisseur de l'épiploon et remontant quelquefois très

(1) Grammatikati. — Annales de Gynécologie, 1891, p. 65.

(2) Glœvecke. — Annales de Gynécologie, 1891, p. 65.

haut. C'est évident, mais cela prouve que l'H.V. a ses échecs et rien de plus. Mais quand on se trouve en présence de ces cas compliqués et d'une gravité exceptionnelle, les résultats de la laparotomie ne sont-ils pas déplorables ? Si on relève toutes les dispositions anatomiques venant compliquer et aggraver les suppurations pelviennes, c'est du côté du petit bassin qu'elles sont certainement le plus fréquentes, et la supériorité de l'H.V. sur la laparotomie, quand elles se rencontrent, ne fait pas de doute.

Les abcès ouverts dans un organe voisin et restés fistuleux, traités par la laparotomie, ont un pronostic très-réservé, si on tient à les extirper, ce qui est extrêmement difficile. — Il n'en est pas de même pour l'H.V., qui a guéri presque toutes les malades se trouvant dans ces conditions. — Mais si une contre-indication, relevant surtout de l'état général, empêchait de recourir à l'H.V. le mieux serait de s'en tenir à l'opération faite d'abord par Lawson Tait et plus tard par beaucoup de chirurgiens : ouverture de l'abdomen, ponction de la tumeur, attraction de la poche à travers l'incision abdominale, ouverture et suture de ses parois aux lèvres de la paroi abdominale. — Lavage et bourrage à la gaze. — (Marsupialisation). — On a ainsi obtenu de très beaux succès, après un temps quelquefois très long, il est vrai. — Mon maître, M. Le Dentu, a obtenu ainsi dans sa pratique, 3 guérisons se maintenant depuis longtemps. — Mais ce traitement ne doit être tenté que quand l'H.V. est impossible. — Sinon, l'H.V. est l'opération de choix dans les cas précités.

Un argument de très grande valeur contre l'H.V. et formulé au nom des principes de la saine chirurgie qui consiste à dire : « *Ne rien faire d'inutile,* » est le

suivant : Pourquoi enlever un utérus même sans usage, après l'ablation des annexes, s'il peut être conservé sans préjudice pour la malade ? Pourquoi, dans les cas où la matrice deviendrait ultérieurement la source d'accidents, ne pas la soigner et traiter les accidents suivant les indications qui se présenteraient ? Si l'utérus est sain ou à peu près, et s'il est malade, comme les lésions rétro-cèdent le plus souvent après la castration tubo-ovarienne, pourquoi priver la femme, de parti-pris, d'un organe dont la conservation est rarement nuisible et dont l'ablation peut au contraire présenter des inconvénients ? Tel est l'argument. Il a, je le répète, une très grande valeur.

Pour y répondre il faut d'abord établir une distinction. Cette objection ne s'adresse qu'aux cas de lésions bénignes et bilatérales (car si elles ne sont pas bilatérales il ne saurait être question d'H.V.) justiciables de la laparotomie, aussi bien que de l'H.V. et elle pourrait faire pencher la balance du côté de la voie abdominale. Elle ne saurait, en effet, prévaloir pour faire accepter la laparotomie dans les suppurations graves, diffuses, et adhérentes dans lesquelles cette opération est beaucoup plus meurtrière que l'H.V. La question vitale doit être dans ces cas l'unique préoccupation du chirurgien. Cette réserve faite, pour les cas bénins de suppurations bilatérales, la question doit se poser de la façon suivante. L'ablation de la matrice est-elle nuisible ? Sa conservation, au contraire, ne présente-t-elle pas des dangers ?

Pour le premier point on peut être catégorique et affirmer que l'ablation de la matrice n'est pas nuisible. Un vagin présentant un fond sans utérus, ou un utérus privé d'annexes, ne peut plus servir qu'au coït. Cette fonction, comme je l'ai dit aux résultats de l'H. V.,

n'est ni gênée, ni entravée. Le vagin présente une profondeur suffisante, car le travail de cicatrisation n'approche nullement son extrémité supérieure de la vulve. Le fond du vagin doublé d'une cicatrice solide et souple, est très résistant et il n'y a aucun danger de perforation. Je dirai encore une fois que les appétits sexuels de la femme ne sont diminués en rien, et que leur exagération a été plusieurs fois notée après l'H.V.

Pour le second point, je me suis assez étendu sur les résultats éloignés de la laparotomie, pour n'avoir pas à y revenir. De deux choses l'une : ou bien la matrice devient inoffensive après la laparotomie, auquel cas tout est parfait, ou bien elle fait souffrir la malade, elle est la source d'écoulements purulents pouvant évidemment disparaître par un traitement approprié. Mais, on conviendra que pour la conservation d'un organe devenu inutile, on risque de ne pas procurer à la femme une guérison radicale.

Il faut cependant se demander, pour justifier l'hystérectomie dans ces cas bénins, si sa mortalité est alors inférieure à celle de la laparotomie. On a vu que cette opération combinée avec l'ablation totale des annexes n'a donné qu'une seule mort sur 34 opérées, soit 2,97 0/0 de mortalité. L'H.V. faite dans ces conditions est donc plus bénigne que la laparotomie. Mais la différence n'est pas, à mon avis, assez manifeste pour que l'on puisse dire, malgré les probabilités d'une guérison plus radicale : *dans tous les cas de pyo-salpinx enkystés bilatéraux, petits, mobiles, l'hystérectomie vaginale est le seul traitement admissible*. On pourra alors se laisser guider par quelques considérations extrinsèques, telles que l'âge de la malade

et sa situation sociale. Une jeune femme de 20 à 30 ans dans les conditions susdites et n'étant pas obligée de se livrer à des travaux pénibles, sera opérée par la laparotomie, et une femme âgée et tenue de travailler, sera plutôt traitée par l'H.V. Dans les cas auxquels je fais allusion, chacun sera guidé par ses préférences et son tempérament sans que l'on puisse fixer une règle absolue.

On oppose encore à l'H.V. des objections nombreuses, mais il en est trois seulement à retenir :

1° L'H.V. est inférieure à la laparotomie parce que le premier coup de bistouri devient irrémédiable. Du moment que l'on a commencé l'hystérectomie, on ne peut reculer, et en cas d'erreur de diagnostic les conséquences sont désastreuses. Rien de pareil pour la laparotomie, qui est avant tout une opération exploratrice.

2° L'H.V. suppose un diagnostic absolument certain. Or, MM. Terrier, Championnière et Pozzi ont insisté sur ce fait que le diagnostic est souvent impossible et que les plus exercés commettent des erreurs nombreuses. « Admettons, disait M. Championnière, que l'hystérectomie soit l'intervention de choix dans le traitement des suppurations pelviennes, soit. Mais alors comment affirmer le diagnostic et la présence du pus. Sur quels signes nous guiderons-nous, pour préférer au contrôle de la laparotomie ce qui peut y avoir d'irrémédiable dans l'H.V. »

3° La dernière objection, enfin, est tirée des nombreuses complications de l'H.V. Dans la laparatomie, les premiers jours écoulés, tout danger est conjuré. Dans l'H.V., après l'opération on peut craindre l'hémorrhagie à l'ablation des pinces et les fistules tardives. En un mot, l'H.V.

réserve beaucoup plus de surprises que la laparotomie et cela même pour les plus habiles.

Reprenons chacune de ces objections. Elles n'ont pas toutes la même valeur. La première et la troisième sont moins importantes que la seconde.

1° L'H.V. devient-elle une opération irrémédiable dès le premier coup de bistouri? Non. En incisant d'abord le cul-de-sac postérieur, et en explorant attentivement les deux côtés, on peut arriver à se faire une idée suffisante de l'état des annexes pour savoir la conduite que l'on aura à tenir. *Ce toucher postérieur explorateur* ne peut évidemment être comparé à l'exploration du petit bassin dans la laparotomie (Segond). Quand le cul-de-sac postérieur est libre et sans adhérences trop nombreuses, cette exploration par le Douglas peut être cependant très complète. Il en est autrement quand des fausses membranes épaisses et adhérentes fixent et entourent la paroi postérieure et le fond de l'utérus. Le doigt est coiffé par ces adhérences, il les déchire, il creuse de petites cavités dans leur intérieur et il chemine péniblement le long de la face postérieure de la matrice et des ligaments larges. Même dans ces cas on peut arriver par le palper bimanuel à sentir « *s'il y a ou s'il n'y a pas quelque chose* » dans les annexes des deux côtés. Affirmer s'il s'agit de la trompe ou de l'ovaire, c'est impossible. Mais cela n'est pas nécessaire pour justifier l'H.V. Du moment que cette exploration donne la sensation que les lésions sont bilatérales, pourquoi ne pas faire l'hystérectomie? La laparotomie sera-t-elle moins irrémédiable dans ses conséquences que l'H.V. quand l'ablation des annexes doit être bilatérale? Donc, pour le toucher explorateur dont j'ai pu apprécier bien souvent et les avantages et les insuffisances, je dirai :

*quand le cul-de-sac postérieur est libre il est très suffisant ; et permet une exploration soignée ; quand il y a de très nombreuses adhérences, l'exploration devient incomplète, mais elle permet de dire si oui ou non les annexes sont malades.*

2° L'hystérectomie est-elle, dans ses conséquences, une opération moins sûre que la laparotomie ? Les complications sont-elles si nombreuses ? J'ai fait (Résultats de l'H.V.) le relevé exact de toutes les complications pour les observations ci-jointes. On remarquera qu'elles ne se sont produites que dans des cas réellement fort difficiles pour lesquels la laparotomie est toujours très grave, et que parmi ces complications, la principale, l'hémorrhagie, a été bien rare. Quant à la péritonite, elle supporte la comparaison avec la péritonite consécutive à la laparotomie pour pyo-salpinx. Je n'en veux pour preuve que le résultat des statistiques, la très grande majorité des malades succombant après la laparotomie étant enlevées par la péritonite.

3° Quant à l'objection tirée du diagnostic elle est, comme je viens de le dire, de beaucoup la plus sérieuse. On a vu à l'indroduction que le diagnostic de la suppuration annexielle était ou évident ou douteux. J'ai tâché de dire les signes rationnels qui pouvaient dans quelques cas, faire présumer la suppuration, mais non l'affirmer. Dans ces conditions quelle conduite tenir ? Quand on n'a pas un diagnostic ferme, quand on hésite à recourir à l'H.V. à cause de l'incertitude où l'on est de l'état anatomique des annexes, si l'on juge que l'incision du cul-de-sac postérieur ne donnera pas de renseignements suffisants, le mieux est de faire la laparotomie. On tombera sur des lésions peu considérables, sur des poches facilement énucléables ou des lésions avancées mais

unilatérales ; on continuera alors l'opération. Ou bien, le travail de décortication semble trop difficile et trop dangereux ; on procédera séance tenante à l'H.V. De cette façon on ne court aucun risque de faire une opération inutile, et l'H.V. faite dans ces conditions ne présente pas une gravité spéciale.

Le pourcentage sur lequel on se base pour apprécier une opération est une méthode défectueuse qui fait que l'on arrive souvent à des conclusions contraires à la vérité. Il ne suffit pas de s'en tenir à ce résultat de statistique : *l'H. V. donne 8,66 % de mortalité, la laparotomie 15,2 % de mortalité*, pour conclure que toute suppuration doit être traitée par l'H.V. Ce qu'il faut se demander, c'est si des malades mortes par l'H.V. auraient guéri par la laparotomie et si quand la laparotomie a été fatale, l'H.V. l'aurait été également. Il faudrait ensuite rechercher si des malades guéries par l'H.V. ne seraient pas mortes à la suite de la laparotomie et inversement. Il est évident que cette façon de procéder repose sur de simples hypothèses. Mais en clinique, n'agit-on pas ainsi dans la grande majorité des cas ? En prenant des cas même absolument semblables et comme ancienneté et comme lésions, ne faut-il pas compter avec l'état général du sujet et avec l'imprévu qui accompagne toute opération ? C'est évident, et cette réserve faite, en s'appuyant sur ce qui a été dit relativement à la gravité de la laparotomie dans les cas ressemblant à ceux de nombreuses observations ci-jointes, on peut arriver à des conclusions légitimes sinon inattaquables.

Je reprends à ce point de vue les 17 morts qui sont incluses dans mes observations. Pour tout esprit non pré-

venu, il est évident que la laparotomie n'aurait pas guéri une de ces 5 malades dont la mort ne peut être directement imputée à l'H.V. Pour les 12 qui restent, la laparotomie aurait-elle été plus efficace? La laparotomie n'aurait-elle pas été souvent fatale chez les 121 malades qui ont guéri après l'H.V?

Prenons les opérées de M. Richelot. Celle qui fait l'objet de l'obs. 39, avec poches siégeant haut, aurait guéri par la laparotomie. Quant à l'obs. 47, c'est douteux, et vraisemblable pour les obs. 64 et 71. Si bien qu'en mettant les choses au sens le plus favorable pour la laparotomie on peut avancer que M. Richelot aurait guéri par la laparotomie 3 malades qui ont succombé à l'opération vaginale.

Parmi les malades de M. Richelot qui ont guéri par l'H.V. combien y en a-t-il qui auraient très probablement succombé par la voie abdominale? Je relève 8 cas de pyosalpinx fétide n'ayant jamais occasionné la mort, qui en auraient donné 4 par la laparotomie, et 30 cas où la laparotomie aurait été très dangereuse qui auraient donné 7 morts par le ventre et qui n'en ont donné que 4 par la voie vaginale. Je puis donc dire que M. Richelot, opérant par le vagin et ayant 4 morts, en aurait eu probablement 11 par la laparotomie. Si maintenant je défalque les 3 morts de l'H.V. qui auraient peut-être guéri par la laparotomie, *j'obtiens 4 guérisons à l'actif de l'H.V.*

En raisonnant de même pour les 17 cas de M. Michaux et en prenant celui où l'H.V. a été suivie de mort, celui de cette malade hystérectomisée secondairement à une ouverture de pyosalpinx infecté et très adhérent, je puis avancer que l'issue n'aurait pas été meilleure par la voie abdominale. Les 4 suppurations très fétides et les 7 mala-

des présentant des lésions très adhérentes et très complexes auraient, suivant toute probabilité, donné 3 morts par la laparotomie, au lieu d'une occasionnée par la voie vaginale. *Soit encore 2 guérisons à l'actif de l'H. V.*

En est-il de même pour les malades de M. Routier au nombre de 18, avec 15 guérisons et 3 morts? Nous avons vu qu'il n'y a qu'un cas où l'on puisse incriminer l'opération. Cette malade aurait-elle guéri par la laparotomie? L'opération aurait été très laborieuse, mais admettons la guérison. La laparotomie aurait-elle donné le même résultat dans les 15 guérisons? 9 présentaient des lésions très complexes et auraient donné 2 morts par le ventre qui n'en ont donné qu'une par l'hystérectomie, *soit encore une guérison à l'actif de l'H. V.*

Passons aux opérées de M. Reclus. Mon maître en a perdu une seule; il s'agissait d'une femme horriblement souffrante et, en lisant l'observation, on se rendra compte que la laparotomie n'aurait pas eu plus de succès. M. Reclus, dans les observations qu'il m'a remises, a eu la bonté de spécifier lui-même les cas où il juge que la laparotomie eût été impossible; ils sont au nombre de 5 qui auraient probablement donné *une mort, évitée par l'H. V.*

Je m'arrête dans ce travail abstrait d'analyse très difficile à suivre, et en compulsant les observations de MM. Nélaton, Peyrot, Bazy, Chaput, Terrillon et Quenu, j'arrive à ce résultat *que le traitement par l'H. V. a sauvé 5 malades de plus que ne l'aurait fait la laparotomie.*

Tout compte fait, 13 guérisons en faveur de l'H. V.

Comme conclusion : Sur les 138 malades traitées par

l'H. V. qui font l'objet des observations suivantes, 17 ont succombé. *Suivant toutes probabilités*, 30 seraient mortes si elles avaient été opérées par la voie abdominale (1).

## INDICATIONS .

La conclusion qui se dégage de tout ce qui précède, c'est que l'H. V. est le traitement de choix des suppurations péri-utérines. Est-elle indiquée dans toutes les formes qu'elles présentent ?

*Les indications générales* de l'H. V. sont celles de la laparotomie en tant qu'exérèse. Il ne faudra recourir à l'une ou à l'autre que dans les lésions anciennes et irrémédiables et après avoir tenté le traitement conservateur. Il faut savoir temporiser. Souvent, à un premier examen, surtout pratiqué pendant une poussée aiguë, on trouve deux masses quelquefois considérables flanquant les bords de l'utérus et à un examen ultérieur on trouve des lésions considérablement réduites. Il s'agit alors de péri-salpingite séreuse, masquant la lésion initiale. La dilatation et l'antisepsie utérines prolongées ont pu

(1) On me dira peut-être : « Mais la laparotomie donne d'après vos tableaux 15,2 % de mortalité, soit 21 morts sur 138 laparatomies. Vous arrivez donc à une conclusion exagérée. » Je ferai remarquer que dans les observations ci-jointes, l'H. V. a presque toujours été réservée à des cas graves, à ceux pour lesquels j'ai admis 25 % de mortalité par la laparotomie. Ainsi M. Richelot, qui est un des partisans convaincus de l'H. V., a fait 15 laparatomies pour pyo-salpinx depuis qu'il pratique l'H. V. Il en est de même pour tous nos maîtres. Et la preuve, c'est que sur 138 H. V. 34 fois seulement l'ablation bi-latérale des annexes a été faite. En résumé, je le répète, mes observations d'H. V. se rapprochent pour la plupart à des cas donnant au moins 25 % de mortalité par la laparotomie. Elles n'ont donné que 17 morts, soit 12 %.

donner quelques guérisons, même dans des cas anciens de pyo-salpinx. Mais le traitement conservateur par excellence est l'incision du cul-de-sac postérieur. J'ai tâché de déterminer les cas où cette seule incision pourrait amener la guérison.

Cela dit, *le problème des indications de l'H. V.* peut se résumer de la façon suivante : En présence d'un cas dans lequel l'ablation peut seule amener la guérison, quel traitement faut-il accepter, l'hystérectomie vaginale ou la laparotomie ?

Etablissons d'abord une division : la suppuration est secondaire ou elle est primitive. Dans le premier cas, nous l'avons vu, il s'agit de suppurations coexistant avec un épithélioma du col, un fibrome utérin ou un kyste de l'ovaire, pour ne signaler que les principales affections que peut venir compliquer la suppuration péri-utérine.

Dans ces cas, il est évident que l'indication est tirée des lésions accompagnant la suppuration.

En présence d'une suppuration même unilatérale coexistant avec un épithélioma du col, on sera guidé par l'étendue du cancer pour se contenter d'un traitement palliatif, ou recourir à l'ablation totale de la matrice.

Si l'utérus présente des fibromes, c'est le volume de la tumeur qui guidera le chirurgien. On sait que des tumeurs, même très volumineuses, sont justiciables de l'H. V. par morcellement. Si ce dernier est possible, c'est la voie vaginale que l'on choisira, même avec une poche suppurée unilatérale ; sinon, on pratiquera l'hystérectomie abdominale combinée avec l'ablation des annexes malades.

Les salpingites tuberculeuses même unilatérales, secondaires à une infection bacillaire du col ou du corps de l'utérus diagnostiqué (1), entrent dans la catégorie des suppurations précédentes : la matrice doit être enlevée avec les annexes. Le col est rarement atteint de tuberculose (Cornil). Il se défend mieux que la muqueuse du corps contre l'envahissement bacillaire. La forme miliaire aiguë et la forme interstitielle sont rares. La forme métritique et ulcéreuse est la règle. Or, M. Cornil a trouvé des follicules tuberculeux, à la vérité en petit nombre, situés au-dessous de la muqueuse, au milieu des faisceaux musculaires. Il en tire cette conclusion que le curettage ne suffirait pas à amener la guérison. C'est dire que tout traitement qui n'enlèvera pas l'utérus sera inefficace. Donc : En cas de lésions même unilatérales des annexes coïncidant avec une lésion bacillaire de l'utérus, l'H. V. est le traitement qui s'impose.

En cas de kyste ovarien compliqué de suppuration, de deux choses l'une : ou bien le kyste est encore inclus dans le petit bassin ou il est devenu libre et abdominal. Dans le premier cas une erreur de diagnostic sera presque certaine et le chirurgien fera sûrement le diagnostic de pyo-salpinx. Il sera guidé alors par l'uni ou la bilatéralité des lésions — par la petite ou la grande étendue présumée des adhérences. — En cas de gros kyste de l'ovaire diagnostiqué, c'est la laparotomie qui sera indiquée.

(1) Le diagnostic peut être très difficile, les symptômes étant en général ceux de la métrite vulgaire. Le curettage permettra d'extraire des parcelles dont l'examen serait probant s'il n'était très difficile. Le seul point à retenir c'est la présence d'un grand nombre de cellules en état de nécrose de coagulation et la présence de petits nodules embryonnaires autour des vaisseaux. L'inoculation est la seule méthode qui donnera la certitude.

Pour les indications, dans les suppurations précédentes personne ne contestera leur netteté. — En est-il de même des suppurations *dites* primitives — c'est-à-dire de celles qui accompagnent le plus souvent une infection utérine?

Nous avons vu à l'introduction la division classique des suppurations pelviennes. — Elles sont diffuses ou enkystées — et dans ce dernier cas, énucléables ou non énucléables — On peut les observer soit pendant une poussée aiguë, soit dans une période de calme. — Elles peuvent enfin être fistuleuses. Chacune de ces variétés impose une indication spéciale.

Pour les suppurations diffuses, soit dans le péritoine, soit dans le tissu cellulaire, qui accompagnent l'abcès ovaro-salpingien, le seul traitement est l'H.V. Elle ouvre largement les collections, enlève la «bonde» respecte les adhérences viscérales et la bénignité de l'H.V. dans tous ces cas où la laparotomie est très sérieuse justifie les conclusions auxquelles sont arrivés la plupart des chirurgiens dans les discussions de la Société de Chirurgie. Il en sera ainsi que l'on soit en présence d'une lésion ancienne avec poussée aiguë ou non. — Je ne fais nullement entrer en ligne de compte les lésions post-puerpérales qui *s'arrangent* quelquefois si bien par la temporisation et le traitement antiseptique. (1)

(1) — Je signalerai un fait extraordinaire dont j'ai été témoin à l'hôpital Beaujon en Mars 1892, bien qu'il sorte de mon sujet. On porta dans le service de mon cher maître, M. Labbé, une malade présentant une infection puerpérale si grave que tout espoir semblait perdu. Les culs de-sac étaient souples, il n'y avait pas de signes de péritonite, la face était terreuse, le pouls incomptable, la température à 40°5 — M. Michaux se mit en devoir de faire in extrenis un curettage et un lavage intra-utérin. — Mais la curette entra dans un tissu si mou que l'utérus fut perforé. Le col saisi déchiré. — Prenant au-dessus, M. Michaux enlève une nouvelle tranche d'utérus. — Continuant ainsi il finit par extraire toute la matrice sans avoir mis une seule pince. — Des piqûres d'éther et de caféine

A côté de ces cas où le petit bassin présente plusieurs collections plus ou moins cloisonnées, il en est d'autres qui, au point de vue de l'intervention, se confondent avec eux. Ce sont les pyo-salpinx bilatéraux complètement adhérents au petit bassin et aux organes voisins — et qui ont déterminé autour d'eux ce travail de pachy-péritonite dont j'ai parlé. Ici encore, l'H.V. est le seul traitement possible. — Après l'ablation de l'utérus et l'ouverture des poches, la rétrocession des lésions et la guérison sont la règle.

Les abcès anciens ouverts dans un organe voisin sont justiciables de l'H.V. La guérison radicale est la règle avec disparition de la fistule. — Les collections péri-utérines traitées par l'élytrotomie postérieure et non guéries entrent évidemment dans la catégorie des abcès fistuleux et doivent être traitées par l'H.V. On a vu que l'H.V. a été faite 26 fois dans nos observations secondairement à des fistules diverses, et que, dans la très grande majorité des cas, elle a guéri les malades.

Quant aux récidives de la suppuration après laparotomie antérieure, personne ne conteste qu'il n'y a que l'H.V. à leur opposer.

Pour les poches bilatérales paraissant enkystées, la discussion entre l'H.V. et la laparotomie s'impose à l'esprit du chirurgien. — Cependant, à cause de la virulence du pus pendant les poussées aiguës, cette hésitation entre les deux voies ne sera plus permise, et si on ne peut temporiser, si une indication d'urgence se présente,

ramèneront la malade à la vie. — Le lendemain, elle était complètement hors de danger. — L'ablation du foyer septique qui empoisonnait cette malade fut la seule cause de sa guérison. — Elle fit, deux mois après l'H.V., des abcès métastatiques dans le tissu cellulaire de la cuisse et du bras dont elle guérit.

c'est l'H.V. que l'on choisira. — Si on est, au contraire, dans une période de calme, on pourra se guider sur l'âge de la malade et sur sa situation sociale. — Les femmes jeunes et qui ne sont pas obligées de se livrer à un travail manuel pénible seront opérées par la laparotomie, les autres par l'H.V. — En cas de poches bilatérales et paraissant enkystées, et s'accompagnant de rétroflexion adhérente, l'H.V. est encore le traitement de choix.

La bilatéralité des lésions enkystées n'est donc pas la condition indispensable pour l'H. V. Il ne faut pas oublier, toutefois, que cette dernière opération supporte dans ces cas la comparaison avec la laparotomie. Mais là où la bilatéralité cesse absolument d'être une indication, c'est quand il s'agit de poches situées haut, sans rapport avec les culs-de-sac vaginaux. La voie vaginale réserve alors des surprises : la possibilité de l'oubli de quelques poches et l'infection du péritoine. Il faudra toujours, dans ces cas, recourir à la laparotomie.

Les poches unilatérales, enfin, ne relèvent absolument que de la laparotomie. *Jamais d'H. V. s'il n'y a pas de bilatéralité*, doit être un commandement dont il ne faut jamais se départir. Et si l'examen clinique laisse planer le moindre doute, c'est à la laparotomie qu'on donnera la préférence. M. Camescasse (1), avance qu'en cas de métrite gonococcique, avec une lésion unilatérale *appréciable* des annexes, il faudra recourir à l'H. V., sous le prétexte que l'autre côté est pris *d'une façon latente* et qu'il le sera sûrement plus tard *d'une façon évidente*. On ne saurait trop s'élever contre une théorie

(1) Camescasse. Loco citato, p. 74 et 96.

reposant sur une simple probabilité. Pour être logique M. Camescasse devrait conclure que du moment qu'une femme présente une métrite blennorrhagique, l'H. V. et l'ablation des annexes s'imposent, car les annexes sont *peut-être* malades *d'une façon latente*. Encore une fois, on ne saurait souscrire à une opinion de ce genre et il faut se rappeler que la justification de l'H. V. est non seulement sa bénignité, mais surtout la sûreté du diagnostic et la certitude que les fonctions génératrices de la femme sont complètement abolies. J'ai assez insisté sur la façon dont on pourra s'en assurer pour ne pas avoir à y revenir.

---

## OBSERVATIONS

Obs. 1. — M. Routier, Cochin, 1891. — *Pyo-salpinx. H. V. partielle, guérison. Laparotomie secondaire, mort.* — Léontine P., 26 ans (4 mai 91, 20 juin 91). Il y a cinq ans métrorrhagie. 5 mois après pelvi-péritonite. Depuis, douleurs abdominales constantes, plus fortes au moment des règles. En juillet 90, nouvelle poussée de pelvi-péritonite avec abcès s'ouvrant dans le rectum. Depuis lors, elle perd du pus par le rectum de temps en temps. — *Examen.* Palpation : tout le petit bassin est plein ; à gauche, on sent un fibrome. Utérus enclavé entre deux grosses masses rénitentes plus accusées à gauche où elles passent en arrière de l'utérus proéminent dans la concavité du sacrum. 16 mai 91, *H. V. partielle...* utérus haut, ne descendant pas. Vulve étroite. Morcellement du col. Puis tout déchire ; impossibilité. 29 mai, matières passent par le vagin, 20 juin sort avec quelques douleurs. Sept. 91, revue en très bon état. Ne perd rien. A eu ses règles. 20 sept. 92. *Laparatonie* parce que depuis six mois, nouvelles poussées comme les antérieures. — Magma, adhérences intestinales ; mort 2 heures après.

Obs. 2. — M. Routier, Cochin, 1891. — *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Marie L. 25 ans (24 août, 22 sept. 91). A 17 ans, fausse couche de 7 mois. A 20 ans, accouchement avec forceps. Douleurs abdominales vives. En 89 pelvi-péritonite ; en 90 métrorrhagie. En 91, le 12 août, ses règles s'arrêtent brusquement avec douleurs très vives. *Examen* : Utérus immobile, douloureux à la mobilisation. En arrière et à droite grosse masse douloureuse, dure, élastique. A gauche, tumeur moins grosse bas située. 1<sup>er</sup> sept. *H. V.* masse droite énorme suppurée, à gauche id. Tout enlevé.

Obs. 3. — M. Routier, Cochin, 1891. — *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Félicité B., 22 ans (30 août, 17 octobre 1891). Souffre depuis accouchement survenu il y a 2 ans ; soignée pour pelvi-péritonite. Curettage en avril,

soulagement momentané. Examen : mobilisation utérine douloureuse. Annexes sont grosses, douloureuses, fixées des deux côtés. Elle perd du sang de temps en temps, mais surtout en blanc. 40 septembre, H. V. deux côtés malades, utérus très adhérent, poche purulente gauche s'ouvre pendant le dernier temps de l'hystérectomie. Utérus étant enlevé, ablation de deux énormes salpingites laissant l'ovaire gauche, adhérences épiploïques. 40 minutes. Températ. le 23. Abscès s'ouvre par le vagin, G.

Obs. 4. — M. Routier, Cochin, 1891. — *Salpingite purulente et hématorèle*. H. V. *Guérison*. Jeanne M. 30 ans (6 sept, 1<sup>er</sup> octobre 1891). En juillet dernier, métrorrhagie considérable et aussitôt vives douleurs. *Examen* : ventre tendu, douloureux, utérus fixé par des masses dures qui l'entourent de toutes parts. Tous les soirs 38°6 à 39°. On diagnost., pyo-salpinx bilatéral. H. V. le 13 septembre 1891. Vagin peu dilaté, utérus non abaissable. Incision et décollement, morcellement, fond vient par lambeaux. Pendant ce temps ouverture d'une énorme poche d'hématocèle, et, à gauche et en arrière, petite poche de pus. Imposible d'avoir les annexes (3/4 d'h.) Températ. 37° 2. A l'ablation des pinces, légère hémorragie nécessitant un tamponnement. Va très bien dans la suite.

Obs. 5. — M. Routier, Cochin, 1891. — *Pyo-salpinx*, H. V. *Guérison*. Eugénie Gr..., 21 ans (28 sept., 12 nov. 91) 2 enfants, le dernier il y a 15 mois. En mai 91, fausse couche de 2 mois avec douleurs dans le ventre, pertes blanches, accrues beaucoup depuis 2 mois. *Examen* : utérus gros, peu mobile, poches bilatérales. 3 octobre, H. V. très difficile, contenu purulent.

Obs. 6. M. Routier, clientèle. *Pyo-ovaro-salpingite*. H. V. *Guérison*. M<sup>me</sup> A..., 25 ans (3 décembre 91 - 4 janvier 92), — A 22 ans, un accouchement ; 10 mois après pelvi-péritonite ; trois mois après, rechute avec amélioration, 3 poussées depuis cette époque. En décembre 89, nouvelle poussée de pelvi-péritonite. Il y a un mois : pus par le rectum et peut-être aussi par le vagin. *Examen* : ne rend pas de pus, pas de fièvre, pas d'albumine, très maigre poussée de sueur le soir et crises douloureuses à gauche. Rien ni au cœur, ni aux poumons. Col normal. Utérus immobilisé. Grosse masse en arrière et à droite, masse moindre à gauche. Douleurs partout. Nulle part induration du ventre. Diagn. : ovaro-salpingite tuberculeuse. 14 Décembre H. V. avec section médiane. La 1/2 gauche vient facilement avec annexes, trompe et ovaire kystiques, moitié droite tient très fort. En déta-

chant adhérences, ouverture d'un gros abcès de la trompe. L'ovaire contenait un abcès. Tamponnement. Le 16, ablation des pinces, va très bien. 4 Janv. se lève, va très bien. Rev. Janv. 93, va très bien.

Obs. 7. — M. Routier, Cochîn, 1891. *Ovaro-salpingites purulentes. H. V. Guérison.* Maxima P..., 34 ans (12 Décembre 91, 7 Janv. 92) — 2 accouchements, le dernier, il y a 2 ans 1/2. Depuis un an, douleurs dans les reins et le ventre — Pertes blanches, il y a 6 mois. *Examen* : col normal, utérus gros, peu mobile. Cul-de-sac droit et postérieur rempli par une grosse tuméfaction fluctuante ; à gauche, tuméfaction de même volume plus résistante. Hystéromètre 8 cm 1/2. 18 Décembre 91, H. V. A l'ouverture du cul-de-sac postérieur, flot de pus s'écoule. Section médiane. Luxation de la 1/2 gauche avec le gros paquet des annexes qui contiennent un gros abcès de l'ovaire, trompe parenchymateuse et purulente. Puis luxation de la 1/2 droite avec égal gros paquet d'annexes, ovaire et trompe suppurées. Chaque paquet d'annexes est deux fois gros comme l'utérus entier, suites très-simples. Sortie de l'hôpital le 7 Janv. 92. Va aussi bien que possible en mars.

Obs. 8. — M. Routier, clientèle. *Pyo-salpingite, ovarite, H. V. Guérison.* — M. P., 21 ans (7 Janv. 92, 11 Fév. 92.). Règles toujours douloureuses. Accouchement en Décembre 91. Quelque temps après, douleurs dans le ventre (signes de phlegmon à droite, à gauche ensuite). *Examen* : Longtemps fébrile (39°-40°) Pas de fièvre actuellement. Très amaigrie. Ventre douloureux à gauche. Col normal. Utérus peu mobile incliné à droite, se continuant à droite avec des masses douloureuses limitées. A gauche, empâtement plus diffus, s'étendant jusqu'aux parois du bassin. Double pyo-salpinx, H. V. le 9 Janv. A l'ouverture du cul-de-sac postérieur, écoulement d'un 1/2 litre de pus par le rectum et par l'incision. Section médiane. Impossibilité de la luxation des deux parties (moitié droite est obtenue avec débris des annexes, le tout étant collé au bassin). A gauche, très difficile. Friabilité de l'utérus. Poche s'ouvre 1/2 gauche est amenée sans les annexes. Tamponnement ; 40 minutes. 11 Janv., vomissements, suites simples, le 18, 39°, écoulement de pus en assez grande quantité. Le 27 mieux très-sensible. 2 Fév. commence à marcher. Revue en Décembre 92. Troubles nerveux très-accentués.

Obs. 9. — M. Routier, Beaujon, 1892. *Salpingo-ovarite suppurée. H. V. Mort.* Marie B., 27 ans. (13 Avril 92, morte 17 av. 92.) Etat général grave,

38° à 39°. Péritonisme, faciès mauvais. Accouchement il y a 1 an, malade depuis cette époque avec poussées. Prise très gravement il y a 11 jours. *Examen* : ventre gros, douloureux, dans toute la zone sous-ombilicale. Tuméfaction manifeste au-dessus du pubis et du ligament de Poupart. Utérus immobile flanqué de deux grosses tumeurs rénitentes, fluctuantes in cul-de-sac postérieur. *H. V. le 16 avril*. Ouverture du cul-de-sac postérieur (gros abcès) et ouverture sur le côté gauche d'un gros abcès. Adhérences nombreuses en arrière. Ouverture du cul de sac antérieur. Section médiane. Ablation de chaque moitié avec les débris des annexes, 20 minutes. Tamponnement, 17. Langue sèche, 39°, morte le soir. *Autopsie* : Enorme péritonite purulente, précédant l'opération, généralisée; dans l'hypochondre gauche et dans la région des reins, les lésions sont beaucoup plus avancées. Tout était bien du côté du petit bassin.

Obs. 10. — M. Routier, Beaujon, 1892. — *Salpingite purulente, H. V. Mort*. Clémence B. 19 ans (12 avril 92, morte le 24). Grossesse il y a un an, accouchement normal. Entrée en médecine il y a un mois et demi pour des douleurs brusques vers la fin des règles. On dit hématocele. 38°5 et 39° depuis 15 jours. Entrée salle Laugier le 20 avril. *Examen* : tuméfaction appréciable des deux côtés par la palpation, surtout à droite. Utérus enclavé immobile. Salpingite bilatérale et tumeur postérieure : prédominance à droite. *H. V. le 22 avril*. Incisions du cul-de-sac postérieur et toucher explorateur confirme le diagnostic de double lésion suppurée des annexes. *H. V.* par section médiane. Ouverture d'un gros abcès phlegmoneux de l'ovaire gauche; ablation de la 1/2 gauche de l'utérus et des annexes de ce côté, puis ablation de la 1/2 droite après avoir ouvert un beaucoup plus gros abcès des annexes droites (3/4 de litre de pus). Ablation de toute la poche de ce côté. Le 23, temp. 37°2. Pouls et langue bons. Va bien. 24, pas de temp., se plaint d'une vive douleur épigastrique et vomit noir, meurt à 5 heures brusquement. *Autopsie* : Péritoine et petit bassin absolument nets. Les reins, le foie, les poumons sains, cœur très gros, gras; chaque cavité du cœur, surtout les oreillettes, contiennent de gros caillots jaunes. Dans chaque oreillette plus gros qu'un œuf nullement cruorique, seraient caillots agoniques pour Girode.

Obs. 11. — M. Routier, Beaujon, 1892. — *Pyosalpinx bilatéral. H. V. Mort*. — Marie B..., 38 ans (2 juillet, morte le 13), souffre dans le ventre depuis 2 ans à la suite de couches; au lit depuis 2 mois avec des symp-

tômes aigus de pelvi-péritonite. *Examen* : Fièvre 39°. Ventre très douloureux. Utérus immobile, grosse poche à gauche. Poche moindre, mais bien appréciable à droite, *H.V. le 11 juillet*, laborieuse, trompe gauche purulente crevée, non extraite. Annexes droites enlevée; le 13, mort avec symptôme de péritonite. *Autopsie* : péritonite purulente généralisée partie manifestement du petit bassin.

Obs. 12. — M. Routier, Cochin, 1892. *Pyo-salpinx H. V. Guérison*. — Adèle Ch., 31 ans. 16 août, 22 septembre 92. Il y a 6 ans, première poussée de pelvi-péritonite sans cause, depuis lors ménorrhagie. Il y a cinq semaines-nouvelle poussée. *Examen* : Utérus antéversé, deux grosses masses douloureuses de chaque côté. *H.V. le 29 août*. Ouverture du cul de sac postérieur. Les deux côtés sont très malades, avec de grosses poches comme le poing. Ouverture antérieure section médiane. Luxation de la 1/2 gauche avec ablation pénible des annexes, grosse trompe, ovaire purulent. Même lésion à droite (25 minutes). Suites très bonnes.

Obs. 13. — M. Routier, Cochin, 1892. *Pyo-salpinx H. V. Guérison*. Adèle C., 30 ans (1<sup>er</sup> septembre 23 septembre 1892). Règles douloureuses. Leucorrhée abondante depuis 22 ans. Douleurs surtout depuis 15 jours, surtout à gauche. *Examen* : col normal, petit; utérus mobile. A droite pas de tumeur à proprement parler, mais sensation d'une corde. A gauche, masse volumineuse, douloureuse, remplissant le cul de sac postérieur, distincte du corps utérin qui est en rétroflexion. *H.V. le 8 septembre*. Après ouverture du cul de sac postérieur : examen, est très difficile à cause des adhérences à toute la face postérieure de l'utérus. A gauche, forte masse fluctuante. A droite, on n'arrive pas à l'ovaire très haut et adhérent. Ouverture du cul de sac antérieur. Section médiane. Ablation complète des annexes droites et gauches (25 minutes) suppurées.

Obs. 14. — M. Routier, Cochin, 1892. *Pyo-salpinx H. V. Guérison*. Fanny Br. 45 ans (30 août 1<sup>er</sup> octobre 1892). — Des accouchements normaux à 25 et 30 ans. A 32 ans, pelvi-péritonite durant deux mois sans cause apparente. A 34 ans nouvelle atteinte. Depuis un an, ménorrhagies et douleurs. *Examen* : utérus immobile, masses volumineuses, douloureux, se prolongeant des deux côtés de l'utérus *H. V. le 7 septemb.* Utérus 9 centimètres. Ouverture du cul de sac postérieur très difficile. Confirmation du diagnostic, section médiane; petit fibrome intersticiel. Pus à droite. A gauche lésions parenchymateuses; suites très simples.

Obs. 15. — M. Routier, Cochin, 1892. *Pyo-salpinx*. H. V. Guérison. Gabrielle F., 22 ans (1<sup>er</sup> Septembre 22 Octobre 1892.) A 19 ans, accouchement, métrorrhagie, 4 mois plus tard nouvelle métrorrhagie et douleur dans le ventre. A subi deux curettages inefficaces. Crises de coliques salpingiennes. *Examen*: douleur surtout à gauche. Utérus peu mobile. A droite, masse dure haut placée, douloureuse. A gauche, masse plus nette qui remplit le cul de sac postérieur. Diagnostic : *Pyo-salpinx* bilatéral. 17 Septembre, H. V. Par boutonnière postérieure, on sent très bien la trompe gauche plus grosse que le pouce, contournée et descendant dans le cul de sac postérieur. On sent très bien le paquet formé par les annexes à droite. Section médiane. Luxation des deux côtés avec ablation des annexes suppurés, 17 minutes. Suites très simples.

Obs. 16. — M. Routier, Cochin, 1892. — *Pyo-salpinx*. H. V. Guérison Marie G., 27 ans (14 Septembre, 8 Octobre 92.) Opérée le 4 Octobre 1890 par une incision vaginale. Depuis l'opération va bien jusqu'en juin 1892, où règles reviennent; fortes douleurs reparaissent, surtout à droite. Palpation douloureuse des deux côtés. *Examen*: Utérus peu mobile, rétroversion; à droite masse douloureuse, à gauche, annexes adhérentes et grosses, H. V. 19 Septembre 91. — Incision exploratrice du cul de sac postérieur, masses bilatérales. Ouverture du cul de sac antérieur. Libération de l'utérus aussi haut que possible. Section médiane. Ablation des deux côtés séparément avec annexes en totalité; pus in trompe gauche. Kyste séro-sanguinolent à droite (25 minutes) suites très simples.

Obs. 17. — M. Routier, Cochin, 1892. — *Pyo-salpinx*, H. V. Guérison. Hélène D., 20 ans (16 Septembre, 21 Octobre 92), — *Examen*: Annexes prises des deux côtés. H. V. le 20 Septembre. Incision des culs de sac, section médiane. Ablation totale de la matrice et des annexes en totalité contenant abcès in trompe. Suites très bonnes.

Obs. 18. — M. Routier, Hôtel-Dieu. *Pyo-salpinx*. H. V. Guérison. F..., (44 ans, 6 Décembre 92, 9 Janv. 93). 3 semaines après accouchement à 30 ans, pelvi-péritonite. Depuis douleurs, règles irrégulières. Il y a un mois douleur brusque avec métrorrhagie très abondante (12 jours), puis la perte devient marc de café et fétide. Depuis 5 mois, elle n'avait pas eu de règles. *Examen*: Col effacé, utérus renversé à droite, à gauche dans les annexes tumeur comme une orange, immobile. A droite, empatement. H. V. le 16 Décembre. Incision rétro utérine; ouverture de cul de sac,

grosse masse à gauche de l'utérus, crevée et purulente. Section médiane. Utérus ne descend pas. Enfin luxation de la 1/2 droite avec les annexes qui étaient collées au bassin. Collection 1/2 gauche avec annexes parenchymateuses. 20 minutes. Suites très simples.

Obs. 19. — M. Michaux (1), *Pyo-salpinx*, H. V. L., 32 ans (23 janv., 11 mai 91). Depuis accouchement survenu il y a deux ans leucorrhée incessante, 2 métrorrhagies et douleurs très fortes pendant 8 jours, il y a 15 mois, suivies d'écoulements de pus par le rectum. *Examen* : malade pâle, maigre, affaiblie. Utérus refoulé en avant et comme aplati vers la symphyse par une masse qui n'a pas la dureté du fibrome, qui n'est pas lisse, occupant tout le cul de sac postérieur et qu'on sent se prolonger en arrière jusqu'au sacrum. Le rectum s'engage dans un canal étroit. *Diagn.* : néoplasme des annexes. A un nouvel examen, on discute la possibilité d'une tumeur du petit bassin, et en définitive, M. Michaux s'arrête à une salpingite tuberculeuse probable. H.V. le 11 avril 91. Utérus enlevé, grosse salpingite suppurée. Suites très simples. Revue en juin 1892, très-bien.

Obs. 20. — M. Michaux, *Pyo-salpinx. Laparatomie insuffisante*. H.V. *secondaire. Guérison*. Fill. Adèle..., 31 ans (13 janv., 17 juin 91). Début il y a 3 semaines seulement, au moment de ses règles, par douleurs brusques avec arrêt, à la suite de traumatismes sur le ventre. *Examen* : Utérus incliné en arrière, à gauche une masse sensible par le vagin passant en arrière de l'utérus, se développant à droite où elle atteint son maximum, faisant saillie au dessus de l'arcade crurale. *Diag.* : Hématosalpinx ? *Laparatomie* le 29 Janv. Pelvi-péritonite. A droite deux abcès fétides superposés. Lavage et drainage à la gaze enlevée 24 heures après, remplacée par un tube à drainage. Température : 38°5. 6 février, grand écoulement de pus. Lavage au sublimé. Bon état général. Temp. normale. Deux jours après moins d'écoulement ; le 14 fév. va bien. Le 16 avril, ne cesse de suppuré. Etat général devient mauvais. Il faut intervenir. H.V. le 17 av. 1891 (1 heure). Morcellement. Ouverture de 2 gros foyers purulents, un en avant, l'autre en arrière de l'utérus, contenant chacun 1/2 verre de pus. Hémostase longue et difficile. Suites aussi simples que possible. 22 avril, écoulement purulent se produit sans cesse

(1) Toutes les opérations de M. Michaux ont été faites à l'hôpital Beaujon.

par le vagin et nécessite changement fréquent de l'ouate qui le recouvre superficiellement. La fistule abdominale rend également beaucoup de pus. Lavages répétées par fistule et vagin. Température reste stationnaire aux environs de 38°. 28 avril. La fistule abdominale ne donne presque plus. Il s'écoule toujours une petite quantité de pus par le vagin, mais beaucoup moins. 5 mai. La guérison marche rapidement. Guérison radicale.

Obs. 21. — M. Michaux. — *Pyo-salpinx pris pour un fibrome. H. V.* — Bout., Marie., 31 ans (18 fév. 92, 15 mars 92) entre à l'hôpital pour des pertes de sang incessantes remontant à deux mois et pour des douleurs dans le bas-ventre. Constipation. Envies fréquentes d'uriner. Douleurs dans la jambe droite. Au toucher, col abaissé, cul de sac postérieur occupé par une tumeur lisse, dure, non douloureuse, semblant faire corps avec l'utérus, et dont la limite supérieure dépasse le détroit supérieur. Elle se continue sans ligne de démarcation avec la face postérieure du col. Rien dans les culs de sac latéraux. Hystéromètre: 11 centim. Tout est en faveur d'un fibrome de la partie postérieure, facilement énucléable par la cavité utérine. Dilatation très forte. Le 25 février, incision de la paroi postérieure de l'utérus, sur le siège de la tumeur. Écoulement d'une grande quantité de pus fétide. Il s'agit d'une poche purulente rétro-utérine. Pansement antiseptique. H. V. le 27 par morcellement sans ablation des annexes. Guérison parfaite. Revue en juillet, va très bien.

Obs. 22. — M. Michaux. — *Pyo-salpingite bilatérale très adhérente. H. V. Pas de castration. Guérison.* Félicie R..., 29 ans (9 avril, 29 avril 92). Pyo-salpinx bilatéral surtout accusé à droite, H. V. le 13 avril, les poches purulentes sont si adhérentes, qu'on peut arriver à les isoler; annexes sont laissées en place. Va très bien et sort complètement guérie le 29 avril.

Obs. 23. — M. Michaux. *Pyo-ovaro-salpingite gauche. Adhérences partout. Utérus fibromateux énorme. Laparatomie exploratrice. H. V. Guérison.* — Anna V..., 44 ans (12 mai, 9 juin 92). Phénomènes de compression du côté des organes du petit bassin. Palper permet de sentir une masse volumineuse remontant à trois travers le doigt au-dessus du pubis, dure, non fluctuante, semblant faire corps avec l'utérus. Les culs de sacs sont résistants. En arrière, tumeur volumineuse repoussant l'utérus en avant et en continuité avec la tumeur que l'on sent par l'abdomen. *Laparatomie le 13 mai*, croyant à un fibrome en partie enclavé. Elle montre qu'une

grande partie de la masse est formée par une poche ovarique à laquelle adhère l'épiploon. Elle est incluse dans le ligament large à cause de son volume. Ce serait folie de l'enlever par le ventre. *H. V. s'impose.* Excessivement laborieuse. Énorme utérus fibromateux. Morcellement. Hémostase difficile. Ouverture large de l'énorme poche. Écoulement de pus très fétide. Lavage. Pas d'ablation. Tamponnement. Le lendemain, état assez grave. Anurie. Les pinces sont enlevées pour diminuer la compression. Le 16, bien. Sort le 9 juin en très bon état.

Obs. 24. — M. Michaux, *Pyo-salpinx énorme. Guérison.* Anna C., 39 ans, — (13 mai-13 juin 92.) Ni enfants, ni fausse couche. Début il y a 12 ans par douleurs surtout à gauche. Il y a 2 ans, avec poussée de péri-métrite, 15 jours avant son entrée à l'hôpital, frisson, fièvre avec fortes douleurs dans le bas-ventre et tympanisme. *Examen:* ventre augmenté de volume, tumeur remonte jusqu'à l'ombilic. Matité à gauche et sur ligne médiane. Utérus en antéversion; dans cul de sac latéral gauche on sent une tumeur grosse comme une orange, fluctuante, douloureuse à la pression. Empâtement à droite. *H. V. le 27 mai.* Utérus énorme. Impossible de faire complètement l'incision médiane. Morcellement atypique. Ouverture d'une énorme poche salpingienne ressemblant à un phlegmon de la cavité de Retzius. Les annexes n'ont pas été vues. Ablation de tout l'utérus. Poche largement ouverte et bourrée. Suites très simples. Exit le 15 juin complètement guérie.

Obs. 25. — M. Michaux, *Pyo-salpinx gauche — Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Guérison.* Adolphine Pr., 24 ans, — (25 mai, 5 juillet). Un enfant à 19 ans. Douleurs ayant commencé dans la fosse iliaque gauche quelque temps après. Ménorrhagie. Constipation. *Examen:* deux grosses poches sur les faces latérales et postérieures de l'utérus, douloureuses. *H. V. 30 mai* (15 minutes) section médiane. À gauche, ovarite purulente et grosse salpingite amenées facilement avec la moitié correspondante de l'utérus. À droite, extraction de l'utérus; annexes ne paraissent pas. Quant au fond, on aperçoit une énorme poche à droite. C'est un kyste dermoïde de l'ovaire droit (pomme). Il est facilement amené au dehors. Ablation intégrale. Suites très simples. Guérison.

Obs. 26. — M. Michaux, *Pyo-ovaro-salpinx-bilatéral. Guérison.* C... 36 ans (2 août, 20 septembre 1892). Fièvre à grande oscillation. Utérus enclavé. Poches bilatérales volumineuses diagnostiquées purulentes. *H. V. le 29 août* (30 minutes). Utérus volumineux descendant mal. Poches salpingiennes et

ovariennes crevées successivement et finalement extraites en presque totalité avec les moitiés utérines. 4 pinces. Le pus était extrêmement fétide. La laparatomie aurait presque sûrement tué cette malade. 30 août. Abaissement de la température. Bon état. Suites aussi simples que possible. Sort guérie le 20 septembre.

Obs. 27. — M. Michaux. *Pyo-salpingite ouverte dans le rectum. H. V. Guérison.* M<sup>me</sup> X..., 42 ans, menstruations régulières. Mariée, pas d'enfant, aucun symptôme de grossesse. En 1875, émotion violente. Arrêt subit des règles, symptômes de péritonite, durée de la maladie : 4 mois. En dépit de la guérison, douleurs abdominales reviennent de temps en temps avec irradiations lombaires. En juillet 1891, douleurs très vives pendant trois semaines. En mars 1892, poussée de pelvi-péritonite suivie le 38<sup>e</sup> jour d'une évacuation rectale. Amélioration. Reprise des mêmes accidents au mois d'août. *Examen* : Utérus enclavé et immobile. Poches nettement bilatérales. *Indic* : *H. V. le 2 septembre 1892.* Extrêmement difficile à cause impossibilité abaissement. Utérus finit par être enlevé. Aucune poche purulente n'est ouverte. Quatre jours après l'opération, évacuation d'une quantité considérable de pus, à la suite d'accidents fébriles. L'écoulement dure pendant quelques jours et il est très abondant. Il diminue après quinze jours, mais ne cesse pas complètement. Un drain est mis en place dans le trajet qui reste à cicatriser. Tous les jours, injection à l'eau phéniquée et instillation de teinture d'iode. Amélioration. Guérison apparente pendant quelques jours. Nouvelles douleurs très fortes. Evacuation du pus. Ces accidents alternants reviennent à quatre reprises. En janvier 93 (soit cinq mois après l'expiration) il restait encore au fond du vagin une fistule à bords indurés de cinq centimètres de long. Dilatation à la laminaire. Instillations de teinture d'iode. Guérison définitive le 20 janvier. Revue fin février. En très bon état.

Obs. 28. — M. Michaux, *Pyo-salpinx bilatéral. H. V. Léonide G..., 40 ans* (24 août, 28 septembre.) Il y a 2 mois, hémorrhagie survenant brusquement pendant la nuit, avec expulsion de caillots en abondance. Depuis lors, métrorrhagie à répétition. Douleurs apparaissent il y a 15 jours. *Examen* : Utérus enclavé, rien dans les culs de sac, mais, en arrière une grosse tumeur dure à bords très peu nets faisant corps avec l'utérus. *2 Septembre, H. V.* Poche purulente à gauche s'ouvrant pendant l'opération. Suites normales. *Guérison.*

Obs. 29. — M. Michaux, *Hémato-salpinx. Incision du cul de sac postérieur, mauvais résultat. H. V. secondaire, mort.* M. D, 28 ans (entrée 12 septembre, morte le 30 octobre). Depuis 8 ans, douleurs plus ou moins fortes dans le ventre. Mal réglée. Au mois de février dernier, métrorrhagie durant près de 3 mois. Le 10 juillet, elle entre à Beaujon avec des symptômes très nets d'hématocèle. M. Lafourcade incise le cul de sac postérieur à cause de phénomènes fébriles qui faisaient craindre la suppuration. Beaucoup de sang seulement s'écoule. Sort guérie le 11 août. Le 12 septembre, elle revient à l'hôpital. L'incision qui s'était fermée, s'est rouverte et écoulement de pus. Dilatation du trajet. Injections modificatrices, etc., etc. Rien n'y fait. Le toucher ne révèle à gauche qu'un ovaire un peu gros et très douloureux, mais à gauche empatement et poche très douloureuse au toucher. *H. V. le 21 octobre (20 minutes).* Section médiane; à gauche rupture d'une grosse poche de pyo-salpinx très adhérente. C'est l'hémato-salpinx modifié. Le côté droit présente un ovaire très kystique et une trompe environnée de quelques adhérences. Le soir petite hémorrhagie très légère, 36° 2. Le 22 au matin, vomissements verts, fréquence du pouls; hoquet, langue blanche avec un peu d'hypothermie, faciès pas trop mauvais; glace sur le ventre. Malaises très accusés; 24, ventre ballonné. Plus de vomissements, depuis hier soir, pouls 130, langue pas sèche, faciès assez bon, température 36° 6. C'est là une forme singulière de péritonite septique avec hypothermie? Le 25, constipation absolue depuis quelques jours, ventre excessivement ballonné et douloureux; étouffements. A 3 heures, lavement électrique donnant issue à des gaz et à des matières. Le soir, à 8 heures, nouveau lavement électrique donnant le même résultat. Soulagement considérable. Le 26, 37°; malade se sent beaucoup mieux, ventre se ballonne de nouveau. Nouveau lavement électrique avec très grande évacuation. Lavage de la vulve. Odeur infecte. Le 28, lavement électrique, mais ballonnement reste toujours considérable. Le 29, diarrhée, ballonnement, lavages et injections du vagin. Faciès abdominal. Hypothermie. Le 30, tympanite refoule tellement le diaphragme, que la pointe du cœur bat dans le 2° espace. Le 31, refroidissement, injection de sérum artificiel. Mort à 11 heures. Opposition à l'autopsie.

Obs. 30. — M. Michaux, *Ovaro-pyo-salpinx, grosse poche purulente gauche très infecte.* G..., 22 ans (26 oct., 6 déc. 92). Pertes blanches

à la suite d'un accouchement, il y a 4 ans, accompagnées de douleurs dans les deux côtés du ventre. Il y a 3 mois, douleurs ont augmenté à gauche suivies de l'ouverture d'un abcès dans le vagin et dans le rectum. *Examen* : à gauche, tumeur dure du volume d'un œuf, douloureuse à la pression. Empâtement diffus tout autour de l'utérus qui est enclavé. On commence par la dilatation utérine. Du pus s'écoule en abondance par l'utérus. Mais aucune amélioration du côté des annexes. Douleurs tout aussi fortes, *H. V. le 18 novembre (1/2 heure)*. Décollement assez facile. En arrière, ouverture d'une grosse poche purulente, horriblement infecte, qui, ouverte par la laparatomie, aurait sûrement amené la mort. Section médiane. Clamp parfaitement placé à droite. A gauche, ligament large déchiré, 2 pinces petites louguettes supplémentaires. Pas d'ablation. Tamponnement iodoformé. Le lendemain, la malade va si bien qu'on ne dirait pas qu'elle a été opérée. Le soir, 38°6. 20, très bien, pinces enlevées. Lavement glyciné. 21, température normale ; 23, changement des mèches ; 24, très bien. Sort le 6 déc. conservant au fond du vagin un petit trajet fistuleux. Revue le 18 janv. 93 avec le même trajet fistuleux qui donne beaucoup moins.

Obs. 31. — M. Michaux, *Pyo-salpinx ouvert dans la vessie, néphrite ascendante*. *H. V. Mort*. Marthe Bl... 36 ans (21 nov., 4 déc. 92). Un enfant à 20 ans, sans suites. Fausse couche, il y a deux ans. Depuis 6 mois pertes blanches et douleurs très vives dans le bas-ventre, surtout à gauche. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, tout d'un coup, issue avec l'urine d'une grande quantité de pus horriblement fétide qui continue pendant 2 ou 3 jours. *Examen* : utérus immobilisé. Cul de sac droit rempli par une tumeur douloureuse et fluctuante, cul de sac gauche plein et très douloureux, *Examen* est très-difficile à cause de la douleur. Toujours du pus dans les urines. Etat général très mauvais. Bouffissure accusée du visage. Œdème des membres inférieurs. Albumine. *H. V. le 1<sup>er</sup> déc.* Utérus descend mal. Les faces de l'utérus peuvent cependant être décollées. Comme l'utérus est très gros et qu'il y a des adhérences, M. Michaux n'est pas sûr qu'il ait ouvert le péritoine. En avant et à gauche ouverture d'une petite poche purulente. Une autre poche est ouverte en arrière. La section médiane est assez facile. L'utérus peut être coupé et abaissé. La moitié droite est enlevée la

première. Le clamp est assez difficile à placer à cause de la profondeur. La trompe et l'ovaire de ce côté sont enlevés. A gauche les tissus se déchirent. Deux pinces sont placées. Hémostase soignée. Une petite poche purulente apparaît à gauche dans le fond. Elle est ouverte. Tamponnement. Donc, double pyo-salpinx, pelvi-péritonite, ablation unilatérale. Dans un cas comme celui-ci la supériorité de l'*H. V.* sur la laparatomie est indiscutable. L'*H. V.* ne la guérira d'ailleurs peut-être pas à cause de l'état de ses reins. Urines sont très purulentes. Température normale, et suites semblent devoir être très simples, quand elle succombe brusquement le 4 déc. Autopsie : Rien dans le péritoine. Reins présentent des signes certains de néphrite parenchymateuse.

Obs. 32. — M. Michaux. *Périméthro-ovaro-salpingite. Enorme masse. H. V. Guérison.* F..., 41 ans (10 déc. 92, 24 janv. 93). Début il y a 5 ans, (le dernier accouchement remonte à 13 ans), par une métrorrhagie abondante. Il y a deux ans, même accident avec douleurs intenses. Après un traitement les hémorrhagies cessent, mais les douleurs sont continuelles. Enfin, il y a un mois et demi, douleur très accusée, bilatérale avec irradiation lombaire. Métrorrhagie depuis ce moment. *Examen* : col abaissé, porté en avant séparé par un sillon d'une masse douloureuse à la pression, un peu molle, occupant tout le cul de sac postérieur et s'étendant dans les culs de sac latéraux où elle se confond avec l'empâtement diffus des parties voisines. Par le palper bimanuel on sent une tumeur du volume de grosse orange, douloureuse à la pression et émettant de chaque côté des prolongements dont les bords se sentent mal; douleurs surtout à gauche. En somme, le petit bassin est rempli par une masse inflammatoire où il est impossible de distinguer l'utérus et les annexes. Tout autre opération que l'*H. V.* serait probablement mortelle. *H. V.* le 23 déc. 92 : utérus inabaisable. Décollement assez facile en arrière. Ouverture d'une assez grosse poche purulente gauche, infecte. En avant, assez grande difficulté, section médiane très difficile, utérus refuse de descendre. Obligé de recourir au morcellement. Pas de poche ouverte ni à droite, ni en haut. Il existe des adhérences indistinctes des trompes, des ovaires, du péritoine. Mais l'orifice créé par l'ablation de l'utérus est suffisant. Tamponnement (3/4 d'h.). Le soir, 38. Le 24, 38°, langue un peu sèche, ventre souple, non douloureux, nausées. Le 25 et le 36, va très bien sauf 38°. Le 29,

depuis deux jours, langue sèche. Urine sous elle ; 30° déc., plus d'urine mais perd par le vagin quelques matières fécales. 38 à 38° pendant quelques jours. Le 3 janvier, va bien, rien ne passe plus par le vagin. Guérison.

Obs. 33.—M. Michaux. *Utérus fibromateux Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Victoire C..., 36 ans (29 déc., 31 janv.), grossesse à l'âge de 20 ans, un an après péritonite ayant duré trois semaines. Depuis lors, douleurs. Au mois d'octobre 91, douleurs plus fortes avec pertes blanches abondantes. Métrorrhagies incessantes, amaigrissement. *Examen* : In cul de sac droit, masse dure, mamelonnée, douloureuse. Par le palper abdominal petites tumeurs dures inégales allant jusqu'au milieu de la région hypogastrique. Toucher rectal montre tumeurs fibreuses sur la paroi postérieure et enveloppant le rectum. Le diagnostic avait été fibrome. *H. V. le 6 janvier 93*, décollement facile en arrière, très difficile en avant. Section médiane, sortie d'un utérus fibromateux (3 ou 4 fibromes). Cela fait, M. Michaux sent qu'il existe à droite une tumeur liquide (pomme) à parois très épaisses et vasculaires. Il la crève (pus) et la poche est amenée au-dehors. Elle paraît ovarique. La trompe est parenchymateuse, très adhérente en arrière à la trompe gauche également parenchymateuse. L'ovaire gauche présente un abcès qui est ouvert dans le vagin. 4 pinces (35 à 40 minutes). Tamponnement, après bon nettoyage, et les jours suivants suites simples. Le lendemain 38°. A partir du huitième jour tout rentre dans l'ordre. Guérison.

Obs. 34. — M. Michaux. *Pyo-salpinx et abcès de l'ovaire gauche, salpingite et ovarite kystique droites. H. V. Guérison (7 février, 2 mars 93).* — X..., 26 ans. Début il y a 5 mois par douleurs très vives au moment des règles, métrorrhagie. Depuis cette époque, les mêmes accidents se répètent et les douleurs deviennent de plus en plus vives. 38° à 38° 5. *Examen* : Côté gauche moins souple que le côté droit. Masse dure, douloureuse au toucher, du volume d'une orange, et envahissant le cul de sac postérieur. A droite, lésions moins accusées, mais manifestes. Diagnostic : Pyo-salpinx. *H. V. le 13 février 1893 (20 minutes)*, section médiane de l'utérus. Ablation totale des annexes. A droite salpinx catarrhal et ovaire kystique. A gauche, énorme poche purulente de l'ovaire avec une grosse trompe suppurée. Suites très simples. Guérison.

Obs. 35. — M. Michaux, *Pyo-salpinx gauche. Ovaire scléro-kystique droit. H. V. M. U...*, 31 ans (17 fév., 6 mars). Il y a 4 mois, métrorrhagie

de 18 jours, douleurs; depuis cette époque même accident. *Examen* : Utérus volumineux remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Le cul de sac gauche est rempli par une tumeur grosse comme une orange, adhérente au corps de l'utérus peu douloureux. Le col est abaissé et refoulé fortement à droite. A droite, lésions moins accusées. Diagnostic : pyo-salpinx bilatéral. *H. V. le 18 fév. 1893.* Section médiane, à droite ablation de l'ovaire et de la trompe inflammée. A gauche, grosse poche purulente ovarique et poches de la trompe très adhérentes mais qui se laissent décoller et extraire. Pus horriblement infecte. La mort eut été très probable par la laparatomie. Suites très simples. Va très bien actuellement.

Obs. 36. — M. Richelot, *Po-salpinx, H. V. partielle secondaire à laparatomie. Guérison.* Amélie G., 24 ans. Le 13 juillet 90, a subi laparatomie pour ablation des annexes; le 18 janvier 1891, accouchement suivi, 6 semaines après, d'une tumeur de la grosseur du poing, située dans l'aîne gauche, douloureuse. 39°. *Examen* : Grosse tumeur latérale, purulente, gauche, fluctuante avec fièvre, englobée dans les anses intestinales. *H. V. le 29 mars 1891.* Utérus friable, se déchirant à la traction. Au cours du morcellement segment inférieur à deux reprises, il vient une veine purulente (c'est la collection purulente petitement ouverte). Alors, opération devient difficile, dure depuis 1 heure. Préfère s'arrêter que faire malheur. Une fistule est ouverte à gauche, le fond de l'utérus est laissé en place. Péritoine ouvert en avant. Suites simples. Température d'abord au dessus de 38, puis s'abaisse, élimination de débris et évacuation de pus. 24 avril, très bien. 17 mai, se lève. Exeat 19 mai, en bon état. Un point sensible à gauche. 10 juillet, va très bien. On sent un fond d'utérus greffé au milieu du petit bassin. Ne souffre plus. Un peu de sensibilité à gauche. Bouffées de chaleur.

Obs. 37. — M. Richelot, *Hémato-salpinx suppuré. H. V. Blessure du rectum. Fistule stercorale purulente. Guérison.* Noémie B..., 25 ans. Fausse couche il y a 3 mois. Métrorrhagie secondaire et douleurs très violentes. *Examen* : Grosse poche dure, semi fluctuante, immobile à droite de l'utérus, grosse comme gros poing. Douleurs continuelles. Température le soir. *Opérée le 16 avril 1891.* Morcellement régulier. Après ablation, fond de l'utérus, apparaît la grosse poche qui vient boucher l'orifice vaginal. Pendant l'ablation des derniers morceaux quelques filets

purulents sont venus par le centre de cette grosse poche. Au dernier moment, l'utérus étant enlevé, M. Richelot croit cependant qu'il en reste un morceau en arrière, prend quelque chose, coup de ciseaux : *Rectum ouvert au-dessous du péritoine*. Sutures au catgut.

Ouverture large de la poche. Caillot de sang. Nettoyage et lavage de la poche. Tampons iodoformés. Suites simples : 39<sup>e</sup> le premier jour. Au bout de quelques jours, gaz viennent par le vagin. Purge. Matières. Fistule établie. Fistule se rétrécit peu à peu. Tout s'arrange. Fin juillet, il ne reste plus qu'un petit bourgeon charnu au fond du vagin. Matières ne passent plus. Gaz de temps en temps. Bonne santé. Exeat fin juillet. La malade voyant ses matières revenir quelque temps après, entre de nouveau à l'hôpital, et le 30 octobre 91, autoplastie de la fistule non suivie de succès. En février 92, la malade écrivait à M. Richelot qu'elle était absolument guérie, et elle le félicitait de son excellent état.

Obs. 38. — M. Richelot, *Pyo-salpinx*. H. V. *Guérison*. Mélanie M..., 21 ans. Fausse couche en septembre 90, depuis, douleurs intenses et pertes. *Examen* : utérus immobile, annexes douloureuses et tuméfiées à droite, annexes très douloureuses à gauche, culs de sac postérieur et gauche durs, pierreux, bosselés, vagin de Carton. H. V. le 23 avril 1891, morcellement, ablation totale. Evacuation de pus pendant le morcellement. On est séparé du péritoine par un voile d'adhérences, sauf en un point par où passe l'épiploon, annexes droites et gauches faisant magma sont laissées en place. On ne peut songer à les enlever. 24 avril, très bien. 13 juin, très bien portante, à peine un peu de sensibilité à gauche. Au fond du vagin, petite plaie. Bouffées de chaleur. 4 juillet, quelques douleurs, mais très peu de chose. Travaille librement.

Obs. 39. — M. Richelot, *Pyo-salpinx énorme*. *Laparotomie, et H. V. combinées*. Mort. R..., 34 ans. Les premières douleurs remontent à 20 ans (enfant) et leucorrhée. Depuis deux mois, douleurs très fortes. Température pyohémique depuis 6 semaines. *Examen* : Utérus peu mobile. Col en avant. Tumeur fluctuante in Douglas. A droite, dureté faisant penser à salpingite droite, grosse poche fluctuante occupe l'abdomen (salpingite gauche) jusqu'au dessus de l'ombilic, semblant communiquer avec poche du Douglas. Purulence. Douleurs (40<sup>e</sup> tous les soirs depuis 2 mois). Type d'H.V. pour grande suppuration pelvienne. H. V. le 30 avril 1891. Morcel-

lement. Marche très-régulièrement. Trompe gauche assez grosse et peu adhérente vient avec l'utérus, y compris lambeaux d'ovaires. A droite, une pince languette est placée sur la corne. L'utérus étant enlevé, rien à gauche ; au milieu loin au fond, magna-intestino-épiploïque. A droite apparaît, face postérieure du ligament large, et cependant la grosse tumeur abdominale persiste, et rien ne vient par en bas indiquer sa présence. En présence du danger extrême qu'il y aurait à ouvrir une poche au jugé, libre dans le péritoine ouvert et donnant 40° depuis 2 mois, M. Richelot a immédiatement recours à la laparatomie qui est terminée en 1/2 heure. Pus horriblement fétide, grosse poche tubaire droite adhérente à épiploon et à intestin. Extraction assez facile de la poche, mince et friable. Pédicule amené à la corne gauche utérine et saisi dans la pince. Section au ras de la corne. Résection de l'épiploon sali pendant l'opération. Epongeage. Pas de lavage. Suture et pansement. Remise dans son lit avec faible pouls. A peu près perdue. Ablation des pinces le 2 mai. Mort le 2 mai, au soir. Autopsie : Ne montre rien d'anormal. Choc. La laparatomie aurait réussi.

Obs. 40. — M. Richelot. *Pyo-salpinx*. H. V. *Guérison*. P..., 25 ans. Début il y a 6 ans après accouchement, ménorrhagies. Depuis janvier 91, douleurs surtout à droite. *Examen* : utérus peu mobile, volumineux. A gauche et en arrière, induration ; à droite, tuméfaction dure ronde (pyo-salpinx) très douloureuse. Température tous les soirs. H. V. le 2 mai 91. Morcellement. En plaçant derrière languette sur partie interne de la trompe gauche, écoulement de pus d'une poche crevée en arrière (partie externe de la trompe prolabée dans Douglas, ou abcès de l'ovaire, ou collection péri-tubaire). A droite après ablation de l'utérus, M. Richelot ne trouve plus le pyo-salpinx supposé. Compte sur le processus cicatriciel de ce côté, se contente d'avoir évacué pus postérieur (3/4 d'h.) suites nulles. Donc, pas d'ablation. Exeat 1<sup>er</sup> juin. 26 Octobre 91, tout est cicatrisé. Malade a pris une vaginite. (Elle est blanchisseuse !)

Obs. 41. — M. Richelot. *Pyo-salpinx*. H. V. *Guérison*. *Laparatomie secondaire 4 mois après, mort*. M<sup>me</sup> W., 36 ans. Dans le courant d'avril, phénomènes d'obstruction intestinale. Comme antécédents : mariée il y a 15 ans, début 8 mois après par une grande poussée douloureuse. Il y a 6 ans, nouvelle poussée. Dans les intervalles quelques à coup. Femme chétive, très nerveuse. A Lille, on a cru à fibrome. Utérus fixe enclavé,

masses partout sans distinction possible, remplissant les culs de sac droit et gauche, durs et sensibles. Il y a masses anciennes, plus une poussée congestive qui fait que masse gauche s'assied sur le rectum. *Comme indication*: Déboucher et opérer plus tard: phénomènes occlusion cèdent à canule rectale avec lavements d'eau de seltz. Injections très chaudes sont ordonnées. Diminution des masses qui persistent et sont douloureuses. Opération réclamée. Avant d'opérer, examen montre: utérus très enclavé col en arrière et à gauche. *A droite* tumeur dure fibreuse. Cul de sac gauche, masse dure. *Au-dessus pubis* masse douloureuse qui ne paraît pas se continuer à droite. Diagnostic: fibrome et pyo-salpinx à gauche. *H. V. 17 mai*. Utérus descend très difficilement. Dégagement difficile, pinces de l'utérine mises en place. Section en deux valves et ablation du segment inférieur. Morcellement lent et pénible. Corps utérus vient peu à peu de la droite, le fond étant libéré, tout l'utérus (sauf un petit morceau gauche) vient avec la corne. Trompe et ovaires droits ne paraissent pas adhérents. Pince languette placée sur corne gauche. Rien ne vient de la gauche si on sent masse dure. L'exploration montre qu'il reste une grosse masse dure fibreuse occupant fond de la loge utérine montant au-dessus du pubis et se continuant dans la fosse iliaque gauche. Pense à un fibrome sous péritonéal inclus de ligament large gauche, absolument fixé non abaissable, non saisissable. Ou bien n'est-ce pas un gros plastron intestino-tubaire cachant un pyo-salpinx. Suites simples. Que va devenir la masse? Laparotomie secondaire 4 mois après. La malade s'était très bien remise de l'*H. V.* Les accidents n'avaient recommencé que depuis un mois. Enorme pyo-salpinx horriblement fétide. Mort.

Obs. 42. — M. Richelot. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* H., 40 ans, ménagère, souffre depuis deux ans; après mariage. Pas d'enfants. *Examen*: Utérus peu mobile, annexes empâtées douloureuses surtout à droite. On ne peut affirmer la suppuration. *H. V. le 14 mai 92*, morcellement. Poche suppurée près la corne utérine droite et au-dessous de l'utérus. Lavage au sublimé. Annexes gauches ne sont pas soupçonnées (3/4 d'h.). Donc, pas d'ablation. Exeat, très bien le 11 juin. Nouvelles très bonnes en mai 92.

Obs. 43. — M. Richelot. *H. V. secondaire à laparotomie. Guérison.* Salomé H., 26 ans. Opérée une première fois le 8 janvier 92 par la laparotomie pour une grosse salpingite gauche très adhérente que M. Richelot ne peut énucléer et qu'il fixe à la paroi abdominale. Reste fistuleuse. Le 8

mars les annexes droites semblent malades, adhérences, et la fistule persiste conduisant sur la trompe gauche. Rentre de nouveau à Tenon en mai parce que annexes droites sont plus ou moins douloureuses avec fistule. *H. V. le 28 mai 91.* Utérus descend peu. Morcellement. Après ablation utérine rien ne vient de gauche, mais en tirant sur la corne droite, écoulement de pus fétide, venant de poche latérale droite. Péritoine ouvert un peu en haut et en avant. Lavages au sublimé. 2 tampons dans la poche; pas d'ablation.

Obs. 44. — M. Richelot. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Marie M., 20 ans. Douleurs dans le bas-ventre et temp. 38 et 39° depuis mai 91. *Examen:* utérus adhérent, annexes pâteuses, grosseur sensible à gauche faisant l'effet d'un pyo-salpinx gauche. *H. V. le 9 juin 91,* utérus enclavé. Morcellement type. En abaissant le fond de l'utérus pour traiter la corne gauche, une poche purulente s'ouvre en avant et à gauche. Ablation faite, M. Richelot constate une paroi adhérente anfractueuse, longeant l'utérus. Au fond vers la gauche orifice de la trompe admettant index. Pas trace d'annexes isolables ni énucléables, utérus peu volumineux (1/2 h.). 22 juillet, encore fistule au fond du vagin, va très bien.

Obs. 45. — M. Richelot. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Mathildé D., 22 ans. Douleurs à droite remontant à 8 mois. Frissons depuis 3 mois, douleurs ont commencé après fièvre typhoïde. *Examen :* col retracté au-dessous du vagin. Utérus adhérent. Annexes douloureuses des deux côtés; peu de tuméfaction à gauche, grosse masse à droite. Etat général bon. Antécédents vagues au point de vue des poussées de pelvi-péritonite. *H. V. le 25 juin 91.* Difficulté moyenne. Typique.

Après ablation utérus, grosse poche fibreuse derrière orifice vaginal. Rien à gauche. En tirant vers la corne droite, M. Richelot constate la continuité de la poche avec elle. Cette poche est déchirée avec une pince et écoulement de pus commence (3 à 400) grosse poche tubaire. Injections. Bandelette gaze. Tampons. Pas d'ablation. Suites très bonnes.

Obs. 46. — M. Richelot. *Pyo-salpinx bilatéral. H. V. Guérison.* M<sup>e</sup> C., 29 ans. Enfant à 21 ans. Début à cette époque. Douleurs continuelles depuis 6 mois. *Examen :* gros utérus, corps adhérent en arrière, grosses annexes, très malades, douloureuses surtout à droite. *H. V. le 27 juin 1891.* Morcellement. Adhérences de la paroi postérieure et à droite (annexes suppurées). Mais en arrivant sur les annexes, M. Richelot

*s'aperçoit avoir ouvert largement la vessie croyant ouvrir le péritoine. Il s'agissait d'une grande vessie diverticulaire. A droite, annexes enlevées adhérentes, trompe faisant poche. Ovaire kystique, trompe purulente. A gauche, annexes adhèrent intimement sans poche, laissées en place. Suture de la vessie au calgut n° 3, sondes à demeure. Suites simples. Pas de suintement urinaire. Un peu de température 38° 38° 5 ; au bout de 10 jours, urines suintent un peu, petit orifice à angle droit et l'incision qui se ferme tout seul quelques jours après. 17 juillet. Très bien.*

Obs. 47. — M. Richelot. *Pyo-salpinx H. V. incomplète, mort. M. A...*, 40 ans. Pas d'enfant. Depuis un mois, fièvre intense et douleurs extrêmes. Entre avec un état fébrile, sensibilité extrême, 40° le soir. Temporisation. Mais état général devient très mauvais. *Examen: Immobilisation de l'utérus. Grosse tuméfaction à droite. H. V. le 4 juillet 91.* Morcellement, fond reste seul, quand pince à traction dérape, et le fond de l'utérus remonte très haut et disparaît... Il faut aller le reprendre au jugé. Mais il est très difficile de l'abaisser. M. Richelot explore avec l'index les annexes, quand, tout à coup, quelque chose cède et énorme écoulement de pus, pus fétide, *grosse poche droite*, lavée. L'opération paraît suffisante. Le fond de l'utérus est laissé en place, mais le grand trou pelvien suffira. (Durée totale 1 heure). Température bonne depuis l'opération. Drainage est continué mais sans aucun accident local. Etat général mauvais. Mort le 18 (14 jours après l'opération). *Autopsie* : Tout va bien à droite. Mais à gauche une collection au-dessus de l'utérus, collection non tubaire (pelvi péritonite) limitée par les anses intestinales et les annexes gauches malades sans poche.

Obs. 48. — M. Richelot. *Pyo-salpinx H. V. après laparatomie. Mort.* Sidonie L., 34 ans. Opérée le 28 mai 89 par M. Richelot pour poche suppurée. Il reste après l'opération une fistule cutanée vers la partie inférieure de la suture, donnant beaucoup et continuellement du pus. Les bords de cette fistule deviennent scléreux. Six mois plus tard elle n'a plus que le souffle maigre et cachectique. Muguet. A droite on sent une masse principale très dure qui paraît être une vieille poche suppurée, collée à droite de l'utérus et englobée par les annexes. *Indication H. V. 24 juillet 91.* Morcellement, lentement à petits coups, car utérus est absolument fixé, enclavé très haut, ne descend pas du tout.

Après extirpation, décollement d'adhérences et à droite la masse dure qui est située très haut est attaquée par un long bistouri conduit sur le doigt. Ouverture d'une poche d'où sort sorte de blanc d'œuf bizarre. Au-dessus est la masse si dure que le bistouri casse. M. Richelot pense à une collection muqueuse de la trompe... Drain abdomino-vaginal. Opération bien supportée. Malade a bien supporté le choc. Jours suivants se maintient. Températ. 38°; continue à ne pas s'alimenter. L'opération n'a rien fait. Mort au bout de 13 jours.

Obs. 49. M. Richelot. *Pyo-salpinx bilatéral H. V. Guérison*. Marguerite D..., 24 ans. Douleurs remontant à un an (enfant); règles douloureuses. Pertes blanches. Accès de fièvre le soir. Examen: 2 masses, de chaque côté, utérus peu mobile, grosse masse surtout à droite. *H. V. 25 juillet 94*. Utérus ne descend pas du tout. Morcellement type. Après section de la corne gauche, ça ne s'énuclée pas. Corps de l'utérus très gros se prolongeant en haut et à droite. Continuation de morcellement pendant laquelle grosse poche ouverte dessous ablation des annexes gauches, malades. Alors apparaît dans le fond une poche arrondie dépendant des annexes droites (verre à bordeaux), dont quelques lambeaux sont enlevés et le foud laissé adhérent en haut (40 minutes). Suites des plus simples.

Obs. 50. — M. Richelot. *Pyo-salpinx bilatéral. H. V. Guérison*. M<sup>me</sup> M., 37 ans. Malade depuis 12 ans. Tableau progressif avec poussées pelviennes de plus en plus graves. Traitement médical très longtemps. Etat nerveux très accusé. Depuis quelques mois très mauvais état. Lit depuis un mois (40°). *Examen*: plastron énorme et dur surtout à gauche; utérus bas, enclavé, immobile. Tous les culs de sac à fleur du col. L'antérieur et le gauche presque retournés. Côté droit sensible avec masses très grosses. Mais il semble que le palper abdominal est un peu plus souple à gauche, tension et dureté excessives. *Pas de fluctuation. H. V. le 28 août 1894*. Morcellement type. Pince à droite. Pince gauche à peine placée écoulement de pus en grande quantité. Ablation utérus complète 5 pinces, à gauche grande cavité tubaire. Après ablation de l'utérus, se présente à l'orifice vaginale un kyste du côté droit, paroi rouge, tubaire, se déchirant par traction. 2<sup>me</sup> flot de pus fétide, grands lambeaux enlevés, mais la plus grande partie des poches est laissée en place. Lavages au sublimé. Bourrage (40 minutes). Suites très simples. Temp. 38°2, 37°7, 37°. Guérison rapide.

Obs. 51. — M. Richelot. *Pyo-salpinx. H. V. partielle. Guérison.* Louise L..., 33 ans. Douleurs du ventre, fortes, surtout depuis un mois. Temp. oscille entre 39 et 40°. 40°2 la veille de l'opération. *Examen* : utérus enclavé, immobile entre deux masses latérales très dures et un peu repoussé en avant par une masse postérieure. Plastron abdominal bi-latéral très douloureux. Rénitence. *H. V. 13 octobre 1891.* Morcellement laborieux, vagin étroit. Arrivé vers le fond, adhérences l'attirent en haut; poche latérale gauche se crève; *pus fétide.* Un morceau d'utérus est encore enlevé et une poche postérieure très vaste, dépendant du péritoine ou plutôt des annexes droites. Lavage. Fond utérus très difficile à avoir, et laissé en place, après s'être assuré qu'il n'y avait pas d'autre poche. Aucune extirpation des annexes. Péritoine ouvert en avant. Suites simples oscillant entre 38° pendant 3 jours. Un peu d'intoxication iodoformée. Exeat, très bien, le 9 novembre. 27 janvier 1892 très bon état.

Obs. 52. — M. Richelot. *H. V. secondaire à laparatomie pour Pyo-salpinx. Guérison.* Agathe J..., 37 ans. Laparatomie le 21 octobre 90 par M. Richelot. Depuis, souffrances au moment des règles, continuelles depuis deux mois. Amaigrissement. Mouvement fébrile oscillant entre 38, 39 et 39°5 dans les huit jours qui précèdent l'opération. *Diagnostic* : Rechutes de pyo-salpinx, masse fibreuse comme avant l'opération. *H. V. le 10 octobre 91.* Morcellement assez difficile. Après pincement de la corne droite, ablation de l'utérus moins la corne gauche, tissu utérin se déchirant. Ecoulement de pus fétide (Douglas). Corne gauche ne peut être enlevée en avant de laquelle est une grosse collection séreuse fétide de péritonite enkystée entre les anses et s'ouvrant. Corne gauche laissée en place. Lanières de gaze; 22 oct., temp. 37°5. Exeat très bien le 8 nov. 91. *Pas d'ablation.*

Obs. 53. — M. Richelot. *Pyo-salpinx. H. V. Plaie de l'intestin. Guérison.* Malvina C., 30 ans. Accouchée en juin 91. Depuis lors, fortes douleurs du côté gauche de la région abdominale. Douleurs incessantes. Temp. préopératoire 37°5 à 38°. *Examen* : annexes droites grosses et gauches énormes. *Diagnostic* : pyo-salpinx (à cause de la température). Culs de sac pâteux. Utérus enclavé, immobile, *H. V. le 22 oct. 91*, faite à 4 mois après l'accouchement. Il aurait peut-être mieux valu attendre. Mais lésions paraissaient irrémédiables. Utérus très immobile, friable; morcellement, laborieux. Extirpation de la *corne droite* avec l'ovaire et la trompe (*Ovaire*

*purulent*) pas de *collections tubaires*. A gauche, magma pierreux, informe, immobile ; avec difficulté s'abaisse la corne que cependant on parvient à arracher. Paraît alors un cylindre tout à fait semblable à la trompe, longeant et adhérent à cette corne. Coup de ciseaux. *C'est l'intestin grêle*. Suture à étages. Annexes gauches laissées en place. Lanières et tampons. Suites simples, 27 oct., suture paraît tenir. Quelques jours après fistule, qui guérit rapidement.

Obs. 54. — M. Richelot, *Pyo-salpinx*. H. V. *Guérison*. Marie U..., 41 ans, a eu un enfant il y a 13 ans. Depuis 5 à 6 mois irrégularité de menstruation, et douleurs vives dans le bas-ventre avec soupçon de pus. H. V. le 12 novembre 91, morcellement type. Difficile. Ouverture d'une grande poche à gauche, et en avant de l'utérus, grand verre de pus. Rien vu à gauche. Suites apyritiques indolentes et très simples. Pas d'ablation. Exeat. Très bien le 10 octobre 92.

Obs. 55. — M. Richelot, *Pyo-salpinx*. H. V. *Guérison*. Rosalie D..., 41 ans. Enfant en 1869, depuis lors leucorrhée abondante. Violentes douleurs depuis 3 ans. Soignée en 91 par Dumontpallier avec chlorure de zinc, ce qui a beaucoup empiré son état. *Examen* : col gros entr'ouvert, longueux sans trace d'épithélioma ; gros utérus douloureux, peu mobile. Douleurs et empâtement des culs de sac. Double pyo-salpinx, fibrome ? H. V. le 28 novembre 91, morcellement type, gros utérus. En arrivant sur la corne droite, issue de grande quantité de sérosité. Puis traction sur les annexes droites. Enucléation des poches (pus fétide et épais), situées dans la trompe, kyste de l'ovaire du volume d'une orange. *A gauche*, énucléation des poches trompiques. *Ablation intégrale des annexes*. Exeat. Très bien 2 janv. 92. Fistulette consécutive, qui, en décembre 92, a complètement disparu. Bon état.

Obs. 56. — M. Richelot, *Pyo-salpinx*, H. V. *Guérison*. Marie S..., 30 ans. Mariée il y a 3 mois. Un mois après douleurs violentes dans le ventre. Leucorrhée abondante depuis quinze jours. Blanchisseuse. *Examen* : Grande sensibilité, utérus en rétroversion, enclavé. Masses in Douglas surtout à droite, avec poche probable. C'est assez pâteux et douloureux pour qu'on soupçonne la purulence à droite. H. V. le 10 décembre 91. Morcellement facile. Après résection de segment inférieur, corps paraît venir, puis les deux cornes. Après l'ablation de l'utérus, ablation par

décollement des annexes gauches, ; trompe parenchymateuse adhérente *a droite*, très grosse poche qui crève avec *flot de pus*. Ablation intégrale, 23 minutes en tout y compris hémostase terminale. Donc, ablation intégrale des annexes in pyo-salpinx uni-latéral.

Obs. 57. — M. Richelot. *Pyo-salpinx bilatéral. H. V. Guérison.* Louise J., 32 ans. Grossesse à 20 ans ; depuis, pertes blanches. Depuis près d'un mois et demi, douleurs très vives siégeant surtout à gauche et se portant vers l'aîne. *Diagnostic* : annexes pâteuses et très douloureuses, pyo-salpinx probable. *H. V. le 3 déc. 94.* Morcellement type facile et rapide, segment inférieur réséqué, puis l'utérus s'abaisse. Section médiane et tout de suite les deux cornes. En faisant la section médiane, écoulement purulent *venant de droite*. Après pincement de la corne droite, la trompe vient assez bien, dévidage, reprise de la corne plus haut : pyo-salpinx. A gauche la trompe est très adhérente, grosse. En attirant le pavillon, nouvel écoulement de pus. Donc, *ablation intégrale in double pyo-salpinx* (ovaires venus avec). Après extirpation des annexes, lavages au sublimé, de l'épiploon qui est apparu.

Obs. 58. — M. Richelot. *Pyo-salpinx ouvert dans la vessie. H. V. Guérison.* M<sup>me</sup> B., 28 ans. Lésions depuis deux ans. Pyo-salpinx, ouverture de la vessie (pus rendu par intermittences après formation de la poche). Douleurs très fortes. Bon état général. Cas type de l'*H. V.* Utérus enclavé. Peu de choses à droite. Empâtement diffus et douloureux à gauche *H. V. le 9 décembre 94.* Morcellement type. Après ablation, à *droite* trompe adhérente peu volumineuse ne paraissant rien contenir. *A gauche*, trompe rebondie, paraissant purulente, adhérente à la vessie. M. Richelot ne l'énuclée pas, mais l'attire dans le vagin, l'ouvre, et rien ne vient. Mais en écartant cette trompe de la corne, apparaît au dehors et au-dessous du serpent tubaire une surface arrondie bleuâtre, fluctuante. C'est une poche purulente ovarienne ou externe de la trompe. Coup de ciseaux. Ecoulement de pus fétide. Lavages, lanières iodoformées ; *pas d'ablation*. Suites normales, état parfait.

Obs. 59. — M. Richelot. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Juliette Ch..., 30 ans. Mariée en 90. Il y a 5 semaines seulement, douleurs très violentes dans le ventre accompagnées de pertes abondantes avec caillots ayant cessé au bout de deux jours, et huit jours après, la malade entre à l'hôpital pour douleurs. *Examen* : enclavement parfait de l'utérus immobilisé.

Empâtement douloureux bilatéral. Diagnostic rationnel de suppuration. *H. V. le 10 déc. 91.* Morcellement. Utérus absolument immobile. Au cours du morcellement, ouverture de grande poche tubaire à droite. Injections, morcellement très laborieux. Fond très adhérent, peut être contourné à droite avec le doigt et séparé d'anses intestinales sans ouvrir le péritoine. Ablation de la moitié droite, après pincement de la corne. À gauche, l'adhérence rend l'énucléation impossible. Avec le doigt et le palper bimanuel, M. Richelot s'assure qu'il n'y a pas de poches dans les annexes. Petite fenêtré dans le péritoine de ce côté. Corne gauche et une petite masse postérieure de la matrice sont laissées en place. Lanières iodoformées, aucune ablation des annexes. Exeat très bien, 2 janv. 92.

Obs. 60. — M. Richelot, *Pyo-salpinx et suppurations diffuses. H. V. Guérison.* Célestine B..., 34 ans, ni enfant, ni fausse-couche. Pertes blanches cinq ou six jours avant les règles. Douleurs très vives depuis trois mois 1/2, surtout depuis trois semaines, à droite, avec douleurs rénales. *Examen* : Empâtement total. *H. V. le 16 janvier 92.* Abaissement assez facile. Morcellement. Tout à coup, en arrière, grand flot de pus (un verre). Injection sublimé. Grosse poche qui tient aux annexes droites (trompe) adhérente, se trouvent dans la plaie vaginale laissée en place. Annexes gauches, insensibles à l'œil et au doigt. *Aucune ablation des annexes.* Pansement. Exeat le 12 février. Revue en mai 92. Très bien.

Obs. 61. — M. Richelot, *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Amélie El., 25 ans, 3 enfants, le dernier en juin 1891. Six mois après ce dernier accouchement, violentes douleurs subitement deux jours après les règles. Ventre douloureux. Irradiation rénale surtout à gauche. Entre à l'hôpital le 11 janvier. Le 20, 39°3. *Diagnostic* : Utérus enclavé, annexes gauches volume d'une mandarine (pyo-salpinx). Annexes droites peu malades. *H. V. le 21 janvier 92.* Morcellement. Utérus ne descend pas. En décollant en arrière avant de placer pincés utérines, écoulement de pus (verre à bordeaux). Injections sublimé. Morcellement. Après extraction apparaissent les franges noirâtres et sanguinolentes d'une grosse trompe, parenchymateuse. En attirant, la trompe et l'ovaire viennent au dehors (*annexes droites*). Ablation complète. À gauche plus rien. Donc, *ablation uni-latérale.* Pas de bourrage. Poche postérieure était rétro-utérine et du pavillon de la grosse trompe droite. Guérison.

Obs. 62. — M. Richelot. *Pyo-salpinx. H. V. Fistule vésicale. Guérison.* Maria W..., 25 ans. Enfant à terme. Janv. 91. Douleurs coïncidant avec retour des couches dans région hypogastrique des deux côtés. Leucorrhée abondante. Temp. entre 38 et 39 le soir. *Diagnostic* : utérus gros, fortement élevé et soulevé en avant vers le pubis par une masse postérieure ayant d'ailleurs sa forme. Dans le Douglas, masse rénitente séparant l'utérus du rectum et se continuant avec masse latérale droite, en somme grosse poche dépendant des annexes droites, et à cause, douleurs et température : pyo-salpinx, femme nerveuse. *H. V. le 26 janv. 92.* Morcellement difficile. Après pincement de la corne gauche et descente générale, l'utérus ne tient plus que par la corne droite. On ne voit encore rien, et rien encore n'a coulé. Mais, en tirant sur la corne droite, on voit apparaître et venir peu à peu une poche du volume d'une grosse pomme. Quand saillie est bien à l'entrée du vagin, corne droite est pincée et enlevée et la poche est ouverte; grande quantité de pus fétide. Injections intracavitaires. Lanières de gaze. Hémostase complémentaire. Rien enlevé. Le lendemain, bon pouls, pas de nausées; température : 37°3, mais *anurie*. Sonde ne ramène rien. Tampons enlevés. Sans doute anurie réflexe? Pincées enlevées après 30 heures. Écoulement d'urine. Les jours suivants, fistule vésicale. Guérison rapide.

Obs. 63. — M. Richelot. *Pyo-salpinx ouvert dans le rectum. H. V. Guérison.* Alph. B. 42 ans. Début il y a quatre mois par grandes douleurs dans le bas ventre, avec irradiation dans tout l'abdomen. Vomissements. Puis localisation des douleurs, dans la fosse iliaque gauche; deux mois après, écoulement de pus par le rectum qui ne cesse pas depuis lors. *Etat le 5 février 92*: Douleurs. Leucorrhée. Dans cul de sac gauche tumeur ayant le volume d'une orange, douloureuse et molle. Induration à droite. Sur face antérieure de l'utérus petit fibrome. Mauvais état général. *H. V. le 11 février.* Utérus très friable. *A droite* trompe kystique volumineuse adhérente. *A gauche.* poche volumineuse très adhérente. Fibrome en avant. Il coule de chaque côté de la sérosité louche, surtout à gauche, où poche tubaire est volumineuse. Ablation intégrale des annexes. *A gauche* il y a adhérences au rectum; quelques lambeaux sont laissés attachés au rectum, voilant sans doute la communication rectale, suites normales et issue de matières. Guérison. Avril 92, va très bien.

Obs. 64. — M. Richelot. *Pyo-salpinx*. H. V. *Fistule intestinale secondaire*. Mort. M<sup>me</sup> B..., 22 ans. Enfant il y a 7 ans. Malade depuis un an. Douleurs progressives. Femme nerveuse. Règles douloureuses, leucorrhée. Traitement électrique. Puis soignée à Dubois où douleurs deviennent très fortes à gauche. A la suite d'une crise, écoulement de pus par l'urine et soulagement. Depuis, urines redeviennent normales. Il est probable (Richelot) que l'écoulement s'est fait par l'utérus (coliques salpingiennes). *Examen 27 février* : Femme horriblement souffrante, fosses iliaques très douloureuses surtout à droite, tolérable à gauche. Col rejeté à gauche. Cul de sac gauche effacé. Saillie dure et cul de sac très large à droite. Utérus immobile et enclavé. Grosse masse à droite, probablement pyo-salpinx. Pas de masse à gauche. H. V. le 29 février 92. Utérus immobile ne descendant pas du tout. Peu à peu, dégagement. Masse droite paraît irrégulière. Pince utérine droite. A gauche base du ligament large, déchirée, et n'a pas besoin d'être pincée. Utérus saisi plus haut. Morcellement. Ouverture antérieure du péritoine. Section médiane. Pincement des cornes. *Ablation de l'utérus*. Dans l'ablation de la partie droite, issue brusque de liquide séreux, louche, venant des annexes droites. Après ablation de l'utérus, veines purulentes venant de droite. Pression de l'écarteur fait encore écouler liquide. Rien ne paraît plus à droite. A gauche rien d'anormal. Tout est laissé en place. *Pas d'ablation*. Péritoine fermé par tampons (1/2 h.). Soir 37°3, quelques vomissements. Suites simples. 7 mars soir, temp. 39°. Le 8 matin, flot de pus. Poche de droite mal vidée. Injections fréquentes. Chute de température. Au bout de quelques jours, matières intestinales par le vagin. Communication très haut située (ulcération de l'intestin). A partir de ce moment dépérissement, flots de matières, cachexie. *Mort dans les premiers jours de mai*.

Obs. 65. — M. Richelot. *Pyo-salpinx bi-latéral avec adhérences*. H. V. *Guérison*. Eugénie S..., 39 ans. En 1877 (2 ans après mariage), pelvi-péritonite durant 8 mois. Bien remise. En décembre 1891, douleurs très vives dans le côté droit ; abcès de la trompe droite qui s'est vidée par l'utérus et le vagin. Amélioration. Depuis 13 jours, douleurs violentes. Entre à Tenon le 29 février. *Examen* : Pas de pertes, ventre très douloureux. Trompes et ovaires donnent, des deux côtés, la sensation d'une tumeur grosse comme un petit œuf à droite, un peu plus grosse à gauche, adhérente à l'utérus. Utérus enclavé. H. V. le 10 mars. Très laborieuse. Morcellement difficile. A gauche, ouverture dès les premiers temps

par le doigt et la pince utérine. Lavage. Après ablation de l'utérus, trompe droite se présente, elle est attirée. M. Richelot essaie de l'énucléer. Elle s'ouvre, grand écoulement de pus. Elle est laissée en place. Lavage. Lanières dans chaque trompe. Suites simples. Seulement les deux poches restent longtemps ouvertes. Persistance fistuleuse peu ordinaire. Le 6 mai, l'orifice droit est oblitéré. Celui de gauche a de 1 à 2 cent. Exeat le 8 mai. Poche à gauche continue à donner. Le 14 juillet, élargissement du trajet à la laminaire. Pus. Pas de cavité profonde, mèches et lavages. Guérison.

Obs. 66. — M. M. Richelot. *Pyo-Salpinx. H. V. Guérison.* Israël G..., 28 ans. Trois grossesses normales. Après le dernier accouchement (il y a 3 mois), poussées de pelvi-péritonite avec pertes. *Examen* : Douleurs vives et continues. Tumeur dans région ovarienne à droite accolée à l'utérus. A gauche, plus volumineuse (mandarine). Pas d'adhérence. Utérus en antéflexion. Ecoulement purulent. *H. V. le 10 mars 92.* Morcellement assez difficile. Poches tubaires se laissent extraire. Ablation intégrale; guérison.

Obs. 67. — M. Richelot. *Pyo-salpinx bilatéral. H. V. Guérison.* Mima L..., 24 ans. Métrite il y a cinq ans. Depuis lors, douleurs; il y a un an et demi, au moment des règles, douleurs très vives dans le ventre. Ecoulement de pus par le vagin. Deux mois de lit. Depuis lors dysménorrhée. *Examen* : Pouls surtout à droite. Sur cul-de-sac postérieur, tumeur arrondie, résistante, dure, ressemblant au corps de l'utérus rétrofléchi, et chaque tumeur arrondie sans trop d'adhérence. Côté gauche moins sensible que le droit. *H. V. le 22 mars.* Morcellement. Tumeur postérieure était poche purulente gauche prolongée. Puis, utérus étant enlevé, dévidement des trompes; grosses poches purulentes s'énucléant et descendant avec les ovaires en s'ouvrant. Injections. Précautions pour empêcher contact péritonéal. Ligature et section d'épiploon qui a paru et qui s'est souillé. Durée 20 minutes. Ablation bilatérale intégrale. Guérison.

Obs. 68. — M. Richelot. *Pyo-salpinx bilatéral. H. V. Guérison.* Angèle R..., 22 ans. Début vaginite. Douleurs dans le petit bassin depuis janvier. Dilatation de l'utérus. Depuis métrorrhagie de 15 jours. *Examen*: Palpation douloureuse ovaire gauche. Dans cul de sac gauche et antérieur tumeur (volume d'un œuf) très douloureuse. A droite même lésion. Utérus paraît augmenté de volume. Température 39 à 40°. *H. V. le 29 mars 92.* Utérus enclavé, immobile. Morcellement assez facile. Ecarteur antérieur ne progresse que difficilement. Utérus étant enlevé: énormes trompes faisant

poches se touchant au milieu. Le péritoine n'a pas été ouvert. A droite, grosse poche ouverte, grand flot de pus. Lavage. Lanières dans les deux poches. Foyer clos en haut et séparé du péritoine. Suites nulles. Guérison.

Obs. 69. — M. Richelot. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Joséphine B..., 30 ans. L'an dernier fausse couche dans le mois. Depuis lors, douleurs dans le bas-ventre surtout à gauche. Ménorrhagie avec pertes de sang dans l'intervalle des règles. *Examen*: palper douloureux. Toucher sous le chloroforme. Empâtement à gauche, annexes volumineuses à droite. Utérus gros, grosses lésions anciennes et bilatérales. *H. V. le 7 avril 92* (40 minutes). Ablation par morcellement. Utérus enclavé. Puis, deux énormes trompes ainsi qu'ovaires. Adhérence moyenne. Ablation intégrale. Très gros ovaire kystique: Trompes purulentes, mais pus est bizarre. On disait *salpingite tuberculeuse*: ce que l'examen histologique n'a pas prouvé. Opération très régulière. Le 8 et le 9, n'urine pas. Pas d'urine par la sonde. Tampons mouillés. On n'a cependant pas eu le plus petit soupçon d'une plaie vésicale pendant l'opération. Le 9, menace de péritonite. Sonde ne ramène rien. Urine s'écoule peut-être dans le péritoine. Cependant tout se calme. Le 22 juin 92, bon état général avec petite fistule persistante ne donnant que pendant la nuit (déclivité). Estomac laisse toujours à désirer.

Obs. 70. — M. Richelot. *Pyo-salpinx-bilatéral. H. V. Guérison.* Améline D..., 23 ans. Leucorrhée après 17 ans. Fin nov. 91, métrorrhagie intense jusqu'à fin janvier. Douleur à droite, et depuis quelque temps à gauche. Femme pâle très anémiée. *Examen*: à gauche, poches adhérentes et parenchymateuses, à droite, grosse poche purulente. *H. V. le 26 avril 92.* Trompe gauche parenchymateuse et purulente avec suppuration de l'ovaire, poche droite s'énuclée, pus fétide. Ablation avec l'ovaire (ablation bilatérale). Très bien pendant 48 heures. Après ablation des pincés, ballonnement, faciès inquiétant. Douleurs, mais bon pouls. Difficulté extrême de déballonnement. Selles enfin possible, tout s'assouplit et faciès reprend. Ablation des tampons le huitième jour. Le soir à 9 heures hémorrhagie secondaire formidable sans cause; tamponnement; glace sur le ventre. Le lendemain caillot vulvaire respecté. Pouls a remonté. Tout va bien le mercredi. Bonne santé actuellement.

Obs. 71. — M. Richelot. *Pyo-salpinx. H. V. (ablation incomplète).* *Mort.* Philomène G..., 30 ans. 5 grossesses. Depuis la dernière (2 ans),

métrorrhagie, leucorrhée habituelle, douleurs du bas-ventre. Malade très affaiblie, faciès pâle et amaigri. *Examen* : palper rien. In cul-de-sac postérieur, tumeur arrondie (grosseur d'une petite orange), douloureuse à la pression, peu mobile. Cette tumeur se prolonge sur les côtés droit et gauche. *H. V.*, le 3 mai 1892. Morcellement est facile. *A droite*, ablation des annexes adhérentes et volumineuses (pour trompe et ovaire kysto-sanguin). *A gauche*, ablation très difficile, grosse poche purulente de l'ovaire. Suites bonnes d'abord, puis ballonnement, agitation, loquacité. Temp. 39°8 et 39. Purge et évacuation suffisante. Ballonnement; pouls 12° faciès. Mort le 9 au soir. Autopsie. Foyer septique d'ovaire gauche, point de départ de péritonite généralisée.

Obs. 72. — M. Richelot. *Double pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Clémence M..., 22 ans. Première grossesse à 20 ans. Accouchement il y a 17 mois. Perte abondante après la délivrance. Un mois après l'accouchement, pelvi-péritonite. Depuis lors toujours malade. Etat actuel : Douleurs. Leucorrhée. Ménorrhagie. Troubles digestifs. Utérus rétrofléchi et gros. Dans culs de sac latéraux, tumeur (volume d'une mandarine). *H. V.*, le 24 mai 92. Morcellement. Apparaît au fond après ablation grosse poche et au-dessous d'elle un gros serpent : Pyo-salpinx avec gros kyste ovarique séropurulent gauche. Adhérences cèdent. Extraction. *A droite*, même chose : parvient à être amené et enlevé. Ablation bilatérale, intégrale. Suites nulles apyrétiques.

Obs. 73. — M. Richelot. *Pyo-salpinx bilatéral. H. V. Guérison.* Marie C..., 25 ans. Grossesse il y a six ans. Depuis douleurs constantes. Entre à l'hôpital le 24 mai. *Examen* : Grosse masse à gauche, douleurs vives. Diagnostic : gros salpinx. Masse plus petite à droite d'annexes parenchymateuses. Utérus assez mobile. Femme dans un état pitoyable. *H. V.*, le 7 juin 92. Utérus descend assez bien. Placement des deux pinces utérines. Morcellement. En coupant vers la droite, la poche de gauche crève. Ecoulement de pus fétide en grande quantité. Ablation totale de l'utérus. Le péritoine étant ouvert, la poche gauche suinte de temps en temps pendant les mouvements. Extirpation de la poche qui tient à l'enceinte pelvienne et que l'on arrive à décrocher avec ovaire. Pendant cette manœuvre, la poche s'est ouverte en un autre point venant du péritoine. (Lavage). *A droite*, énucléation beaucoup moins difficile d'une grosse trompe parenchymateuse sans pus, avec l'ovaire. Donc,

*ablation bilatérale intégrale.* Jours suivants 38°5-38°. Abattement Pouls fréquent. Pas de réaction péritonéale, mais état septique. 11 juin 38°, a été à la selle. Pouls se relève. Jours suivants va bien.

Obs. 74. — M. Richelot. *Double pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Irma D..., 19 ans. Début en mars à la suite d'une fausse-couche deux mois et demi. Vives douleurs, leucorrhée. *Examen* : Palper douloureux. Tumeur (volume d'une mandarine) à droite; un peu moins grosse à gauche. Ovaires dans culs de sacs postérieurs, très sensibles. Utérus enclavé. Diagnostic porté : Double pyo-salpinx. *H. V. le 13 juin.* Utérus complètement enclavé, difficile. Utérus enlevé, restent les deux pyo-salpinx intacts. Recherche avec les doigts, dévidage pénible, mais en fin de compte : *Ablation intégrale bilatérale.* Pus en grande quantité. Lavages. Va bien.

Obs. 75. — M. Richelot. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Léontine T..., 22 ans. Ni couche, ni fausse-couche. Commence à souffrir en avril, d'abord à droite, puis à gauche. Fièvre en mai. Leucorrhée. *Examen* : douloureux. Trompes bilatérales parenchymateuses à gauche, suppurées à droite. Masses adhérentes et douloureuses. *H. V. le 14 juin 92.* Utérus immobilisé. Début difficile. Ablation. Rien n'est fait. Recherche des annexes hautes, profondes. Commence à droite : l'ovaire est aperçu dans le fond. Il est attiré difficilement. Il vient seul. On ne peut avoir la trompe. L'ovaire vient seul avec gros abcès. *A gauche,* trompe et ovaire. Trompe parenchymateuse, ovaire scléro-kystique. En somme ablation bilatérale des ovaires et uni-latérale de la trompe gauche. Guérison.

Obs. 76. — M. Richelot. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Victoire C..., 53 ans. 3 enfants, 2 fausses-couches. A sa seconde couche (37 ans), chute utérus. Pessaire qui ne peut être supporté depuis 2 ans. *Examen* : utérus gros prolabé. Allongement hypertrophile. Diagnostic douteux, mais probable de pyo-salpinx. *H. V. le 8 nov. 92.* Dégagement laborieux. Adhérence du Douglas et de la vessie, cystocèle. Pas d'ouverture du péritoine en arrière, ouvert en avant. Morcellement laborieux. Vessie très fluctuante. Ouverture d'un grand kyste séreux sur la ligne médiane dépendant des annexes droites. *A gauche,* à la fin de l'opération, trompe hydropique ouverte et laissée en place. *A droite,* grandes difficultés pour arriver à la corne. En attirant le reste de l'utérus, rupture sous les doigts de quelque chose qui donne un demi verre à liqueurs de pus.

Lavage au sublimé. L'utérus est enlevé en totalité. Débris du grand kyste laissés en place. Suites simples. Va bien.

Obs. 77. — M. Richelot. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Marguerite M..., 26 ans. Il y a 8 ans, accouchement très pénible, suivi de douleurs violentes avec leucorrhée, souvent fièvre le soir, syndrome utérine. *Examen* : A son entrée, fièvre au-dessus de 39° tous les soirs. Douleurs très vives. Etat très grave. In Douglas tumeur fluctuante très douloureuse. Utérus enclavé, immobile. Masses latérales diffuses. *Diagnostic* : *Pyo-salpinx. H. V. le 11 fév.* Opération des plus laborieuses. Utérus fixé. Morcellement très difficile. Au cours de celui-ci, rupture très grosse poche. Pus très fétide. Lavage au sublimé. L'utérus enlevé, grosse trompe gauche contenant du pus qui s'énuclée facilement. *A droite*, grandes difficultés pour avoir une très grosse trompe qui se déchire et qui finit par être extraite complètement avec l'ovaire. La grande quantité de pus serait du cul de sac postérieur. Au-dessus de la place qu'occupait cette poche et les trompes on aperçoit des adhérences qui limitent la cavité abdominale. Tamponnement. 12 et 13 va bien, 14 et 15 remonte à 38°. Détamponnement, lavage à l'eau salée. Tout va bien ensuite.

Obs. 78. — M. Reclus. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Pauline M..., 32 ans. Volume énorme des annexes, dû surtout à de nombreux kystes séreux qui encombrant le petit bassin. Morcellement de l'utérus. Extirpation des annexes, ovaires kystiques. Trompes hypertrophiées. Guérison.

Obs. 79. — M. Reclus. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Hélène V... Utérus immobile dans une masse qui encombre le petit bassin. Abaissement de la matrice à peu près impossible. La désinsertion du vagin amène l'ouverture de poches nombreuses remplies de pus qui s'écoule au dehors. Adhérences abondantes et difficiles à rompre. L'utérus est morcelé. Les annexes droites hypertrophiées et suppurées viennent avec les débris de la matrice et une portion des annexes gauches. Je crois que, en pareil cas, la laparatomie eût été impossible.

Obs. 80. — M. Reclus. *Double salpingite volumineuse. H. V. Guérison.* Aimée M..., 28 ans. La trompe droite sectionnée donne du pus. Utérus est facilement extrait avec l'organe correspondant. Les annexes gauches beaucoup plus adhérentes sont retirées avec plus de difficultés. On en vient à bout, cependant. L'extirpation aurait certainement pu se faire par la laparatomie.

Obs. 81. — M. Reclus. *Pyo-salpinx et pachy-pelvi-péritonite. H. V. Guérison.* Marie B..., 35 ans. Utérus encastré et immobilisé dans le pus et les fausses membranes. Ouverture de foyers purulents abondants pendant le morcellement. Les annexes gauches sont enlevées. Les droites restent dans les fausses membranes. L'opération eût été bien difficilement faite par la voie abdominale.

Obs. 82. — M. Reclus, *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Camille D. . Utérus abaissable. Nombreux kystes séreux et purulents ouverts pendant le morcellement. Les annexes sont extirpées à droite et à gauche. L'opération aurait pu être sans doute pratiquée facilement par le ventre.

Obs. 83. — M. Reclus. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Albertine L..., 38 ans. Utérus non abaissable encastré dans les fausses membranes. *Pus fétide* s'écoule abondamment pendant l'opération. Morcellement. Saignement fort ennuyeux pendant le morcellement. Les annexes, aussi bien droites que gauches, ne peuvent être extirpées. Sorte de tamponnement du foyer opératoire pour arrêter le sang. Les abcès successifs s'ouvrent dans le foyer et la malade ne guérit qu'après un traitement de deux mois. Laparatomie, sans doute impossible.

Obs. 84. — M. Reclus. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Louise S..., 31 ans. Masse énorme, dure, adhérente, douloureuse, qui emplit tout le bassin. *Diagnostic* : pachy-pelvi-péritonite. Il s'agissait d'un utérus distendu par un vieux fœtus macéré. Pelvi-péritonite secondaire. Pendant la décortication, le fœtus mort depuis plusieurs mois s'échappe et l'opération en est très facilitée. Ouverture des poches purulentes venant des annexes droites. Les gauches sont à peu près intactes. Ici la laparatomie nous aurait permis l'énucléation des annexes droites et de reconnaître la masse de l'utérus rempli de fœtus morts.

Obs. 85. — M. Reclus. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Isménie D..., 28 ans. Utérus encastré. Abaissement impossible pendant l'opération. Tissu très friable. Accouchement sanguin très gênant pendant l'opération. Il devient assez abondant pour que, après avoir morcelé la plus grande partie de l'organe, M. Reclus en laisse le fond pour servir de point d'appui à un tamponnement. L'opération est donc incomplète. M. Reclus a cependant ouvert plusieurs poches purulentes.

Obs. 86. — M. Reclus. *Pyo-salpinx*. H. V. *Guérison*. Henriette J..., 29 ans. Utérus immobile, plus abaissable cependant dans le chloroforme que l'examen aurait permis de le supposer. Ouverture de poches purulentes nombreuses. Les annexes ne peuvent être trouvées, perdues qu'elles sont dans les fausses membranes M. Reclus doute que l'opération par la voie abdominale eut été possible.

Obs. 87. — M. Reclus. *Pyo-salpinx et pachy-pelvi-péritonite*. H. V. *Guérison*. Jeanne D..., 37 ans. Ouverture d'abcès pendant l'opération. En arrière la poche est crevée et du pus tout à coup s'écoule, aussi par le rectum. Utérus peu abaissable. Les annexes restent dans le ventre. L'opération n'eut guère été possible par la voie abdominale.

Obs. 88. — M. Reclus. *Pyo-salpinx*. Mort. M<sup>me</sup> F., de Besançon. Diagnostic incertain. Gros utérus fibromateux. Annexes peu volumineuses et suppuration abondante par le rectum. Morcellement. Saignement abondant, véritable hémorrhagie. Extirpation de l'utérus très volumineux, des annexes épaisses et scléreuses. Reconnaissance d'un vaste abcès probablement dépendant de l'appendice plongeant dans le bassin et ouvert dans le rectum. Morte 38 heures après l'intervention. Choc opératoire. Hémorrhagie opératoire chez une affaiblie par de grandes pertes antérieures.

Obs. 89. — M. Reclus. *Pyo-salpinx avec pachy-pelvi-péritonite*. H. V. *Guérison*. M<sup>me</sup> G..., de St-Mandé. Pertes très nombreuses. Issue d'une quantité énorme de pus. Extirpation de l'utérus. Annexes gauches purulentes sont extirpées. Les droites restent dans les membranes. La voie abdominale eut été impossible dans ce cas.

Obs. 90. — M. Le Dentu. *Pyo-salpinx bilatéral*. H. V. *Amélioration*. Adélaïde Q..., 33 ans. 28 mai, 7 juillet 92. A 21 ans, grossesse avec accident de puerpéralité. Deuxième couche deux ans après avec mêmes accidents. Depuis ce moment douleurs abdominales fréquentes et violentes surtout à la suite de fièvre typhoïde survenue il y a 18 mois. *Examen* : Bilatéralement, deux masses rénitentes, arrondies, se rejoignant en arrière. Utérus englobé dans ces masses. Diagnostic : *Pyo-salpinx bilatéral*. H. V. 11 juin. Pas de morcellement. Par la brèche vaginale ablation des deux trompes très volumineuses remplies de pus. Exeat 7 juillet.

Obs. 91. — M. le Dentu. *Pyo-salpinx bilatéral*. *Guérison*. Marie M..., 22 ans (6 juin, 5 juillet 92). Prise il y a un mois et demi seulement par dou-

leurs très vives. *Examen* : A droite, grosse masse arrondie, dure, adhérente aux parois du bassin sur cul de sac latéral et empiétant sur cul de sac postérieur, et en avant atteignant la ligne médiane. A côté de cette tumeur en avant et en arrière, une autre tumeur qui semble se prolonger dans le cul de sac gauche. En somme double salpingite. *H. V. le 16 juin*. Pincés. Ecoulement de pus avant l'ouverture du cul de sac antérieur. Morcellement. Pas d'ablation des annexes. Exeat 5 juillet. Guérison complète.

Obs. 92. — M. Nélaton. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison*. Blanche D..., 23 ans (10 août, 10 octobre 1891). Amputation du col à 21 ans, pour prolongement hypertrophique. En mai 91, fausse-couche de 4 mois, avec rétention des membranes. Plegmatia du membre inférieur gauche. Sort six semaines après fausse-couche. Le 17 juillet rentre de nouveau à l'hôpital. Elle est très souffrante. Douleurs, vomissements et phénomènes péritoniques. A ce moment elle évacue par le rectum une grande quantité de pus fétide. Grand soulagement. Mais les douleurs la reprennent et elle passe en chirurgie le 10 août. *Examen* : malade pâle, douleurs dans les deux fosses iliaques très exagérées par la pression. Utérus enclavé. En arrière et sur les côtés une masse semi-fluctuante se continuant avec deux masses qu'on sent par le palper remontant de chaque côté de l'utérus. Toucher extrêmement douloureux donne la sensation d'une poche liquide englobant l'utérus surtout à droite. Température 39°. Jusqu'au 3 septembre, malade est tenue en observation. Mais aucune amélioration ne survient. *H. V. le 3 septembre*. Rendue très difficile par l'amputation ancienne du col. Fond de l'utérus ne peut être extirpé. A l'incision du cul de sac postérieur : écoulement de liquide citrin, grosse poche purulente, horriblement infecte, putride (streptocoque en quantité). Ablation des pincés le deuxième jour et un pansement le quatrième. L'écoulement fétide est de moins en moins abondant. Le 1<sup>er</sup> octobre au toucher on ne sent plus aucune masse suspecte dans le petit bassin. Elle va très bien.

Obs. 93. — M. Nélaton. *Pyo-Salpinx. H. V. Mort*. (15 Janv. 2 Fév. 1892). Ni enfant, ni fausse-couche. Début de la maladie est rapporté par la malade à une chute survenue au moment de ses règles en nov. 91, qui s'arrêtent au bout de 3 jours; 4 jours après survient une violente métrorrhagie, avec caillots, accompagnée de douleurs violentes avec frissons, vomissements, hoquet. Depuis ce moment, n'a pas quitté le lit. Elle entre à l'hôpital le 12 déc. en médecine où on la soumet au traitement médical

de la pelvi-péritonite. N'allant pas mieux, elle vient en chirurgie le 13 janv. *Examen*: douleur dans le ventre surtout à gauche, sans irradiation. Température 38° à 39°. Constipation opiniâtre. Palpitation dans le bas-ventre; on trouve du côté droit une tumeur arrondie du volume d'une mandarine. A gauche, tuméfaction mal limitée atteignant la ligne médiane. Utérus complètement immobilisé au milieu des masses qui l'entourent. Dans cul de sac droit on sent une tumeur perçue par la palpation et qu'un sillon sépare de l'utérus. A gauche est une autre tumeur qui se prolonge en arrière. La pression en ces différents points est très douloureuse. *H. V. le 20 janv. 92*. Utérus inabaissable. Pendant le décollement antérieur, rupture d'une première poche purulente. En arrière, ouverture d'une deuxième collection de pus. La moitié inférieure de l'utérus est alors enlevée par morcellement. Le fond peut être extirpé en bloc. Cet utérus est bourré de petits fibromes dont les plus gros ont le volume d'une noisette. Pincées enlevées au bout de 48 heures. Le lendemain écoulement d'une très grande quantité de pus. Lavages. Le 31 janv., dans la nuit, hémorrhagie très abondante qui dure 1/2 heure. Pas de syncope. Tamponnement iodoformé. 36°. 2 Fév. nouvelle hémorrhagie à 4 heures du matin et la malade succombe à 9 heures 1/2.

Obs. 94. — M. Nélaton. *Pyo-salpinx. Guérison*. *H. V. C...*, 34 ans. (10 février, 28 fév. 93). Première grossesse normale à 20 ans. A 26 ans, violentes douleurs dans le ventre accompagnées de pertes blanches abondantes. Il y a 2 ans, deuxième grossesse avec suites normales. Il y a 20 jours, violentes douleurs dans le ventre. *Examen*: empatement dans la fosse iliaque droite. Utérus en antéversion très prononcée. Utérus peu mobile, abaissable assez difficilement. Le cul de sac latéral droit un peu envahi; en arrière tumeur fluctuante. Fluctuation également dans cul de sac antérieur. Empatement à gauche. Par la pression, sur la paroi abdominale droite, on fait sourdre du pus par le col. Temp. le soir vers 38°. *H. V. le 13 fév 93*. Utérus difficilement abaissable, très adhérent, enlevé en totalité. A l'ouverture du cul de sac postérieur s'écoule environ deux cuillerées à bouche de sang veineux (collection rétro-utérine), à droite, tumeur du volume d'un œuf de dinde, d'aspect noirâtre qui, à l'incision, laisse écouler environ deux cuillerées de pus. Cette poche est évacuée en totalité. A gauche, la trompe déchire et laisse écouler une cuillerée à café de pus. 13 fév. Température est redevenue normale. Ablation des pincées, va bien. Suites aussi simples que possible.

Obs. 95. — M. Nélaton. *Pyo-salpinx. Guérison. H. V. R...*, 32 ans. (11 Janv., 12 Avril 91). Entre pour des symptômes d'obstruction intestinale. En septembre dernier, elle a été opérée le 8 oct. à Necker par l'élytrotomie postérieure. Depuis lors, pertes blanches très abondantes et métrorrhagie durant huit jours. *Diagnostic* : métrite fongueuse et on curette le 12 janv. Tout va très bien jusqu'au 25. A ce moment la leucorrhée redevient très abondante et les douleurs très fortes dans les deux côtés du ventre. L'examen fait croire à de la suppuration salpingienne bilatérale et *H. V. le 12 mars 92*. Toutes les annexes gauches sont enlevées. Suites très simples. Le 28 mars, persiste seulement une petite fistule au fond du vagin. Sort le 12 avril complètement guérie.

Obs. 96. — M. Nélaton. *Pyo-Salpinx. H. V. Guérison. Marie L...*, 30 ans. A 21 ans, pelvi-péritonite. *Examen* : grosse tumeur du cul de sac postérieur se prolongeant à gauche. Ecoulement purulent par l'utérus. A droite, ovaire douloureux augmenté de volume, trompe grosse, *H. V. le 24 août 92*, ablation unilatérale. 18 sept. sort de l'hôpital. La malade ne souffre plus et ne perd plus. Revue plusieurs fois en très bon état.

Obs. 97. — M. Nélaton. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison. D. M...*, 30 ans. 3 août, 15 novembre 92. Ni enfant, ni fausse-couche. Depuis 3 ans, pertes blanches, douleurs. Fièvre il y a trois semaines. Entre à l'hôpital avec 40° de température. *Examen* : Tumeur volumineuse dans le cul de sac postérieur et culs de sac latéraux. *H. V. le 11. incomplète*. Le fond est laissé. Ecoulement d'une grande quantité de pus fétide. 23 octobre, écoulement depuis l'opération. 19 novembre, malade quitte l'hôpital. Elle ne perd plus et a repris des forces.

Obs. 98. — M. Nélaton *Pyo-salpinx. H. V. Guérison. Victoire L...*, 22 ans: 29 juillet, 30 août 92. Pas d'enfant, pas de fausse-couche. Bien portante jusqu'à il y a trois semaines. Prise subitement de douleurs très vives 5 jours avant ses règles, durée 15 jours. *Examen* : Masse purulente à gauche. Annexes droites peu malades. *H. V. le 11 août*. Exeat le 30. Très bon état.

Obs. 99. — M. Nélaton. *Pyo-salpinx. H. V. Mort. Valentine N...*, 28 ans, *Examen* : Utérus repoussé à droite par tumeur gauche (volume d'une tête d'enfant) qui est probablement pyo-salpinx récent *fébrile*. A droite, trompe dilatée. 10 septembre *H. V.* Purulence gauche, poche salpingienne séreuse

à droite. 17 octobre incision d'un cul de sac vaginal, poche purulente. 27 novembre, laparatomie. Drainage abdomino-vaginal (Fistule sercorale). Mort.

Obs. 100. — M. Nélaton. *Pyo-salpinx*. H. V. *Guérison*. Madeleine J., 31 ans, 19 septembre, 31 octobre 92. 3 enfants, le dernier il y a un an. 8 mois après, ménorrhagie et douleurs durant depuis. *Examen*: Ventre insensible à la palpation. Rien d'anormal. Toucher, cul de sac postérieur renferme une tumeur ovoïde, dure, très adhérente se prolongeant un peu dans les culs de sac latéraux. Utérus normal. A droite, empatement se rendant à tumeur postérieure. A gauche, petite tumeur indépendante, mobile. H. V. le 6 octobre. Exeat, 31 octobre. Guérison parfaite.

Obs. 101. — M. Peyrot. *Pyo-salpinx bi-latéral*. H. V. *Guérison*. Marie D., 28 ans (14 mars, 18 avril 91). Début : Il y a six ans, à la suite d'une fièvre typhoïde, douleurs très fortes dans le bas-ventre, ayant persisté depuis ce moment. En décembre 90, métrorrhagie durant jusqu'en janvier. Depuis lors douleurs ont augmenté et se sont localisées à droite. *Examen*: ventre douloureux, col abaissé, utérus immobilisé, enclavé, gros, douloureux. Cul de sac droit comblé par une masse du volume d'une pomme, fluctuante, se prolongeant dans le cul de sac postérieur. Cul de sac gauche moins proéminent que le droit. H. V. le 16 mars. A l'ouverture du cul de sac droit, écoulement de pus. Morcellement. En enlevant le fond de l'organe on ouvre plusieurs *clapiers fétides*. Suites étaient très simples quand le douzième jour est survenue hémorrhagie assez grave, qui a cessé toute seule. Va très bien. En mai, les forces sont revenues. Douleurs dans le ventre, dues à induration diffuse très douloureuse au-dessus de la cicatrice. En septembre, état général très amélioré. En janvier, encore un peu d'induration. Pas d'écoulement d'aucune sorte.

Obs. 102. — M. Peyrot. *Pyo-salpinx bilatéral*. *Fistules rectale et vaginale*. *Laparotomie exploratrice antérieure*. H. V. *Guérison*. Joséphine X..., 30 ans. 14 avril, 28 mai. Ni enfant, ni fausse couche. Début il y a trois ans, douleurs à droite devenant de plus en plus vives surtout au moment des règles. A. Tenon, en 1890, laparotomie exploratrice, les annexes n'ayant pu être enlevées. A ce moment, écoulement de pus par le rectum qui persiste depuis lors. A la suite de cet écoulement, soulagement momentané. Mais en janvier dernier les douleurs abdominales ont reparu très violentes surtout à droite. Mouvements fébriles tous les soirs. *Examen*:

Très mauvais état général, douleurs, écoulements purulents par le rectum, *H. V.* le 21 avril 1892. Morcellement. Plusieurs foyers purulents ont été ouverts pendant l'ablation de la matrice. Suites opératoires très simples. Sort le 28 mai avec un léger écoulement vaginal. 28 juin revient souffrant encore beaucoup. Sort quelques jours après avec grande amélioration. Plus de nouvelles.

Obs. 103. — M. Bazy. *Pyo-salpinx. H. V. Mort.* Le 18 juin 1892 *H. V.* Morcellement pour fibrome utérin avec abcès pelvien. Incision de la muqueuse sur le col. Difficulté d'ouverture des culs-ce-sac. Section sur la ligne médiane. Utérus ne venant pas, morcellement. Dans cul-de-sac postérieur, ouverture d'un gros abcès horriblement fétide. Petits fibromes. Ouverture d'un nouvel abcès, à droite. Opération extra-péritonéale. Nouvel abcès ouvert, morcellement à gauche. Pincement des ligaments larges. Pansement à la gaze iodoformée. *Mort le lendemain.* Très affaiblie avant l'opération.

Obs. 104. — M. Bazy. *Pyo-salpinx. H. V. consécutive à laparotomie. Guérison.* Marie M..., Après un accouchement survenu en février 1891, fièvre et douleurs dans le bas-ventre. Pertes blanches. *Après laparotomie faite le 19 avril 1891* a présenté une collection purulente dans le petit bassin qui grossit peu à peu, plus sensible à droite. *H. V. est décidée le 19 mai.* Utérus très adhérent. Impossible de l'abaisser. Morcellement très difficile (débridement de la vulve ne donnant pas de résultat). Ouverture du rectum (d'un coup de ciseaux), réparée aussitôt par deux plans de suture. Fistule stercorale a persisté jusqu'en septembre. Fond de l'utérus laissé en place. Poche purulente non évacuée s'ouvre secondairement. Guérie, sort le 27 Octobre.

Obs. 105. — M. Peyrot. *Salpingite suppurée ancienne. Guérison.* Eugénie D..., 25 ans (16 juillet, 22 août). Une couche sans accident, il y a 7 ans. Il y a 4 ans malade commence à ressentir quelques douleurs dans le bas-ventre. Il y a deux ans douleurs très intenses dans le côté gauche, suivies d'écoulement de pus par le rectum. Amélioration se maintenant jusqu'en avril de cette année. A partir de cette date, douleurs recommencent. Nouvelle ouverture dans le rectum. *Examen :* Tuméfaction in cul de sac gauche. Il en est de même à droite et en arrière où est une masse qui semble constituée par la trompe. *H. V. 26 juillet.* Section médiane, puis morcellement. Utérus enlevé en trois morceaux. Péritoine non ouvert.

Par pression à droite on fait saillir au fond du vagin une grosse masse qui est dilacérée. Pas de pus, mais fongosités (pus modifié). A gauche, masse plus petite dilacérée avec les doigts. Sort 22 août, guérie.

Obs. 106. — M. Bazy. *Grossesse extra utérine et abcès pévien. Laparotomie exploratrice. H. V. Guérison.* Louise V., 38 ans. Dernière couche il y a 4 ans. Début de l'affection il y a deux mois avec métrorrhagie et douleurs, vomissements. Palper : masse étendue molle du côté gauche décrivant une courbe à concavité supéro-interne, remontant à 5 travers de doigt au dessus du pubis, à gauche avec matité complète; et à un ou deux travers de doigt à droite. Col normal. Parties dures dans les culs de sac droit, postérieur et gauche. Masse volumineuse à droite, un peu molle, semblant distincte, fixant l'utérus contre le pubis. *D'abord laparotomie exploratrice.* Impossibilité d'énucléation après ouverture d'une grosse poche. *H. V. immédiate.* Incision médiane. Utérus ne descend pas, appliqué derrière le pubis. Bascule finit par être possible. Dans le courant de l'opération, ouverture de poches purulentes. A la fin de l'opération grosse poche apparaît située à gauche du vagin de laquelle sort du pus. Sort guérie le 22 Sept.

Obs. 107. — M. Peyrot. *Suppuration pelvienne. H. V. secondaire à élytrotomie.* M., 42 ans (29 oct. 15 nov.). Pelvi péritonite à 18 ans. Hémoptysies fréquentes à 25 ans. Début de la maladie actuelle, il y a 5 semaines, à la suite de suppression de règles. D'abord douleurs violentes dans le bas-ventre avec météorisme. Constipation. Température 39°. *Examen :* La région sous-ombilicale gauche, masse fluctuante. Utérus accolé au pubis par grosse tumeur située dans cul de sac postérieur, franchement fluctuante. *Le 3 Novembre, incision du cul de sac postérieur.* Drainage. Collection se vide mal. Température de 38° à 39°. *Le 10 nov. H. V.* Température tombe à 38°. Lavages répétés. Va mieux. Mais meurt le 15 nov. de bronchopneumonie.

Obs. 108. — M. Peyrot. *Pyo-salpinx. H. V. avec castration bilatérale. Guérison.* Décubitus latéral gauche. Morcellement avec section sur la ligne médiane. Après ablation, annexes attirées doucement par deux pinces placées de plus en plus haut. Trompe et ovaire gauches tout d'abord enlevés. (Trompe parenchymateuse contenant matières caséuses et ovaire kystique.) Puis, annexes droites. L'ovaire présente une vaste

poche purulente. Autour des annexes quelques abcès qui se sont ouverts pendant l'opération. Sort guérie le 27 décembre.

Obs. 109. — M. Peyrot. *Suppuration ancienne. Fistules hypogastriques. H. V. Guérison.* D., 39 ans. Position de Sims. Utérus non abaissable. Morcellement. Corne gauche laissée en place. Ouverture d'aucune poche purulente. Sort guérie le 2 janvier 1893.

Obs. 110. — M. Peyrot. *Pyo-salpinx. H. V. et castration. Guérison.* L., 23 ans. 30 novembre 1892, janvier 1893. Ni accouchement, ni fausse couche. Depuis un mois, la malade se plaint de douleurs dans le ventre qui la firent garder le lit. Pertes blanches et purulentes. *Examen* : très douloureux. Utérus repoussé en avant par une grosse masse qui occupe le cul de sac postérieur qui se prolonge latéralement des deux côtés. *H. V. 13 décembre.* Incision postérieure, sang en grande quantité. Annexes gauches, poche purulente. Annexes droites plus difficilement trouvées. (Poche purulente de ce côté.) Trompe et ovaire enlevés par fragments. Guérison 6 janvier.

Obs. 111. — M. Bazy. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* P., 24 ans. Accouchement à 18 ans. A la suite pertes blanches abondantes. Règles régulières, depuis un an seulement durent de 8 à 10 jours. *Examen* : utérus assez mobile. Col est un peu bas. A droite et à gauche, sur le bord de l'utérus deux tumeurs dont celle de gauche est beaucoup plus volumineuse. *H. V. le 13 décembre.* A l'ouverture du cul de sac postérieur, écoulement d'une assez grande quantité de pus. Section médiane. Après exérèse de l'utérus, on attire facilement la trompe et l'ovaire du côté gauche. On en fait autant du côté droit, mais avec beaucoup plus de difficulté. Sort guérie 6 janvier.

Obs. 112. — M. Peyrot. *Pyo-salpinx bilatéral. H. V. Guérison. Opération le 15 nov. 92.* Position de Sims. Morcellement. Foyer sanguin à l'ablation du fond. Annexes gauches complètement enlevées. Annexes droites en partie avec ouverture d'un foyer purulent. Opération extra péritonéale. Guérison, le 20 janvier.

Obs. 113. — M. Peyrot. *Suppuration pelvienne. Guérison.* R..., opérée le 5 janvier 1893. Vaste collection pelvienne, utérus très friable (morcellement). Ecarteur placé en avant de l'utérus a ouvert le premier une collection purulente infecte en arrière. Trompe droite peu dilatée, n'a pu être retrouvée. Elle constituait peut-être la poche.

Obs. 114. — M. Peyrot. *Suppuration pelvienne. H. V. après laparatomie.* G..., 20 ans. Laparatomie. Utérus et annexes apparaissent complètement adhérents entre eux avec les parois pelviennes. Trompes flexueuses et augmentées de volume. Tentatives de détachement. On ouvre un abcès intra-utérin ? Trompe gauche purulente se déchire. *H. V. séance tenante.* Sort parfaitement guérie le 12 février.

Obs. 115. — M. Peyrot. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* K... Opération le 4 fév. 93. Annexes saisies des deux côtés. Suppuration n'est pas annexielle. Sort en voie de guérison.

Obs. 116. — M. Chaput. *Salpingite purulente. H. V. Guérison.* Opération faite le 25 juillet 91. Débridement vulvaire.

Obs. 117. — M. Chaput. *Grosse salpingite purulente. H. V. Guérison.* 1<sup>er</sup> sept. 91. Extirpation complète. Débridement vulvaire.

Obs. 118. — M. Chaput. *Pyo-salpinx. H. V. Mort.* Opération : 10 sept. 91. Pas de septicémie, ni fièvre. Reins petits, 80 gr. et lésions de néphrite tuberculeuse.

Obs. 119. — M. Chaput. *Salpingite purulente tuberculeuse énorme. Guérison.* Op. 7 juillet 92. Drainage abdomino-vaginal.

Obs. 120. M. Chaput. *Salpingite suppurée. H. V. Guérison.* Drainage abdomino-vaginal. 7 sept. 92.

Obs. 121. — M. Chaput. *Salpingite suppurée. H. V. Mort.* Hémorrhagie, la malade ayant arraché ses pinces. Drainage abdomino-vaginal. 16 sept. 92.

Obs. 122. M. Terrillon. *Suppuration pelvienne. Laparatomie exploratrice. H. V. Guérison.* 28 ans. Accidents remontant à deux ans, ouverture dans le rectum avec poussées successives de fièvre. Utérus immobilisé par une masse qui remplissait le bassin et venait des deux côtés de la ligne médiane au contact de la paroi antérieure en formant ainsi un double plastron. Pus rendu par le rectum en grande quantité et semblait venir de droite. 10 juin 91. *Laparatomie* : on ouvre l'épiploon épaissi et adhérent au péritoine. Anses intestinales agglutinées et unies. En un mot, il était impossible d'arriver sur le mal sans faire de graves désordres. M. Terrillon referme la plaie abdominale et fait l'*H. V.* par morcellement, avec ablation incomplète des lésions. M. Terrillon « eut la

notion nette que profondément en haut et à droite, devaient persister des lésions ». Suites simples, quand le 20<sup>e</sup> jour, frissons, douleurs, écoulement de pus fétide. Spéculum permet de voir fistule à travers laquelle sondes et lavages. Guérison avec petite fistule au fond du vagin.

Obs. 123. — M. Terrillon. *Suppuration pelvienne. H. V. après laparatomie exploratrice. Guérison.* Femme de 23 ans, Fausse-couche 3 ans auparavant. Depuis lors, *plusieurs poussées de pelvi-péritonite*, avec état général très grave. Etat local : lésions très étendues englobant les deux côtés de l'utérus et remontant en arrière de la paroi abdominale en formant plastron. (Persistante élévation de température avec exacerbation le soir, montre suppuration certaine. *Laparatomie le 14 juin*, montre anses intestinales unies les unes aux autres avec épiploon épaissi les recouvrant. Abdomen refermé : *H. V. 8 jours après*, par morcellement, avec 3 poches purulentes ouvertes et enlevées en grande partie. Suites simples. 15 jours après, fistule stercorale durant 15 jours.

Obs. 124. — M. Terrillon (1) *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* M<sup>me</sup> de P., 24 ans. Pas d'enfant. Début 3 ans. Suppuration intermittente par le rectum. *Opérée le 23 février 92.* Ablation de l'utérus avec trois fibromes. A droite, un gros abcès est enlevé en totalité après ouverture. A gauche, ablation des annexes. Guérison.

Obs. 125. — M. Terrillon. *Pyo-salpinx gauche. H. V. Guérison.* A..., 49 ans. Début il y a deux ans et demi. Tumeur fibreuse, volumineuse, mobile, bosselée, remontant à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse et occupant la région hypogastrique. Appréciable par le cul de sac antérieur. A gauche, poche fluctuante en annexion intime avec l'utérus. Cul de sac postérieur libre. *Le 9 février, H. V. jusqu'au fond de l'utérus.* Ponction à gauche ramenant 150 gr. de pus fétide. Poche purulente largement ouverte enlevée en grande partie et bourrée. Guérison. Règles sont revenues. Au fond du vagin est fistule qui conduit dans la cavité du moignon utérin.

Obs. 126. — M. Terrillon. *Pyo-salpinx droit. H. V. Guérison.* R..., 33 ans. Début il y a deux ans et demi. En 1889, traitement électrique pendant un an. Douleurs plus vives depuis décembre 1890. Utérus immobilisé,

(1) Les deux premières observations de M. Terrillon sont extraites des Mémoires de la Société de Chirurgie, 1891, et les autres de la Thèse de M. Moulin-Macquart.

enclavé et refoulé en avant par tumeur fluctuante occupant cul-de-sac postérieur et se prolongeant à droite. *Opér. le 25 février 1891. H. V.* Ponction du cul-de-sac postérieur. Morcellement. Poches ouvertes et drainées largement. Shock assez intense durant 24 heures. Ventre douloureux. Température. 38°. Irrigation au sublimé. Amélioration rapide. Le 24 mars, brusquement, élévation de température. Examen et extraction d'un tampon laissé. Au-dessus arcade crurale gauche apparaît masse dure douloureuse dépassant en dedans la ligne médiane de un centimètre et remontant en haut jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le 26 mars, température est normale, mais tumeur fosse iliaque persiste. Ponction donnant issue à 300 gr. de liquide citrin. Tout rentre dans l'ordre. Sortie 12 avril 1891. Revue an an après l'opération. Santé générale et locale excellente. Encore quelques douleurs dans le bas-ventre.

Obs. 127. — M. Terrillon. *Salpinx bilatéral suppuré. H. V. Guérison.* M..., 28 ans. Début il y a 8 ans à la suite 3<sup>e</sup> avortement. Douleurs surtout depuis 3 ans avec poussée aiguë fin janvier 1891. Entre 14 Février. Salpingite. Ventre un peu ballonné. Plastron abdominal droit, remontant assez haut. Utérus mobile. Dans le cul-de-sac droit grosse masse, du volume d'un œuf de poule, arrondie et fluctuante. A gauche, annexes douloureuses. *H. V. le 27 février 1891.* Utérus bicorne. A droite, adhérence totale, annexes englobées dans gangue inflammatoire. Plusieurs poches à contenu séreux. Guérison. Tampon oublié, extrait le 20 mars. Vue 19 mois après en très bon état. Fonctions génitales surexcitées.

Obs. 128. — M. Terrillon. *Pyo salpinx double. H. V. Guérison.* G..., 34 ans. Accouchement il y a un an et demi suivi de pelvi péritonite. Malade souffre continuellement dans le bassin. Dans fosse iliaque droite et s'étendant jusqu'au delà de la ligne médiane, tumeur profonde douloureuse remontant à 5 centim. au-dessus du ligament de Fallope. Utérus immobilisé. A droite, tumeur (valeur de 2 poings). A gauche, autre tumeur formée par les annexes (1/2 moins de volume), occupant le cul-de sac de Douglas. *11 mars, H. V.* Ponction à l'aspirateur. Ablation utérus par morcellement jusqu'à coque (moignon). Collapsus et refroidissement. Amélioration rapide 8 jours après 40°. Tampon oublié est extrait. Sortie 15 avril. En juillet 1892, cette malade revue : règles persistent.

Obs. 129. — M. Terrillon. *Hémato-salpinx suppuré. Guérison.* L..., 32 ans. *Opérée en 1885 par laparatomie* pour vaste hémato-salpinx avec

guérison rapide. Mais de temps en temps à gauche, formation d'un abcès s'ouvrant dans le rectum. A la suite de cette opération, formation, à l'époque correspondante des règles, d'une tumeur du cul de sac de Douglas; ponctionnement donnant issue à du sang noir. Fistule. 8 avril 91. H. V. Ouverture large de la poche. Guérison.

Obs. 130. — M. Terrillon. *Pyo-salpinx double. H. V. Guérison.* M..., 34 ans. Opérée le 25 mai 1891. Début il y a 9 ans. Nombreux abcès ouverts dans le vagin. Utérus enlevé. Vastes abcès ouverts ou drainés. Ecoulement d'une grande quantité de pus.

Obs. 131. — M. Terrillon. *Pyo-salpingite droite. Pyo-salpinx gauche. H. V. Guérison.* A..., 23 ans, pas d'enfant. Début 3 ans. Pelvi-péritonite. Abcès à répétition, s'ouvrant dans le rectum. Ablation le 11 juin 1891. Ouverture d'abcès et poches kystiques. A gauche poche séreuse, volumineuse, ponctionnée et enlevée.

Obs. 132. — M. Terrillon. *Pyo-salpinx et fibrome utérin. Guérison.* M<sup>e</sup> B..., 32 ans. Début il y a 12 ans. Pelvi-péritonite et abcès. Morcellement 11 janv. 1891. Fibrome interstitiel. Poche purulente ouverte à droite et lavée. Rien à gauche. Guérison.

Obs. 133. — M. Quénu (1). *Pyo-salpinx, H. V. Guérison.* Femme de 44 ans. Accidents datant de 17 ans; poussées de pelvi-péritonite consécutives à fausse-couche. Bassin envahi par masse dure, douloureuse, occupant le fond, mais prédominant à gauche. Le 24 mars 1891. Ablation utérus, ouverture de poches pleines de pus. Annexes non visibles et non enlevées. Péritoine n'est pas ouvert. Suites simples. Le 15<sup>e</sup> jour, formation d'un petit abcès s'ouvrant dans le vagin, 2 jours plus tard. Convalescence n'est plus enrayée. Malade revue 7 mois après, jouit d'une excellente santé.

Obs. 134. — M. Quénu. *Salpingite. Pelvi-péritonite ouverte dans le vagin. Guérison.* Femme de 27 ans. Métrite. Opération le 19 mai 1891. Suites des plus simples. Malade revue bien portante fin septembre..

Obs. 135. — M. Quénu. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Femme de 29 ans. Début il y a six ans par fausse-couche. Depuis cette époque, 2 fausses couches aggravent état de la malade. Depuis un mois, poussée aiguë

(1) Quénu. — Communication à la Société de Chirurgie (Nov. 1891). 11 Observations, dont 6 de pyo-salpinx.

avec 39°. Dans fosse iliaque droite, tuméfaction dure, douloureuse. Culs de sac effacés. Tumeur bombe dans rectum. *Opér. le 25 mai, une heure et demie.* Plusieurs poches purulentes ouvertes. 9<sup>me</sup> jour, établissement d'une fistule rectale. 38°-38°2 pendant une semaine. Fistule se rétrécit mais persiste encore fin novembre avec bonne santé générale.

Obs. 136. — M. Quénu. *Pyo-salpinx. H. V. Guérison.* Femme de 35 ans. Pelvi-péritonite il y a 3 ans, avec ouverture par le vagin à chaque poussée inflammatoire au nombre de trois. Tumeur (volume d'une tête de fœtus) remplissant le petit bassin et immobilisant l'utérus. *Le 9 juin,* ouverture de plusieurs poches. Annexes non extirpées. Sortie le 13 juillet. Revue le 3 septembre en bon état.

Obs 137. — M. Quenu. *Pyo-salpinx ouvert dans le rectum. H. V. Guérison.* Femme de 40 ans. Accouchement en 1887. Métrite hémorrhagique. 2 ans plus tard, métrite avec pelvi-péritonite. Même accident il y a un mois. Evacuation par le rectum d'un litre de pus. Masse volumineuse et dure enclavée dans le petit bassin. *H. V. le 8 juillet.* Plusieurs poches ouvertes. Annexes non extirpées, 3<sup>me</sup> jour. Fistule stercorale se fermant 15 jours après.

Obs. 138. — M. Quénu. *Salpingite suppurée et péri-salpingite ouverte dans le rectum. H. V. Guérison.* Femme de 31 ans. Opération le 14 oct. Plusieurs poches ouvertes. Extirpation incomplète des annexes. Aucun accident. Guérison parfaite le 6 novembre.

---

## CONCLUSIONS.

Pour résumer ce travail, je dirai :

1° L'H.V. dans les suppurations péri-utérines est plus bénigne et guérit mieux que la laparotomie. L'ablation des annexes n'a que peu d'importance ; il suffit de les ouvrir et de les drainer pour amener la guérison.

2° L'objection la plus sérieuse contre l'H.V. tirée de l'incertitude du diagnostic, toujours contrôlé au contraire par la laparotomie, perd de son importance du moment que l'incision du cul de sac postérieur et à la rigueur la laparotomie exploratrice pourront lever toute hésitation avant d'entreprendre l'H.V.

3° Dans les cas de lésions utérines (à l'exception de la métrite) coexistant avec la suppuration, c'est de la lésion que découle l'indication.

4° L'H.V. est le seul traitement acceptable dans les suppurations diffuses du petit bassin, le pyo-salpinx bilatéral enkysté et adhérent ou accompagné de rétroflexion immobile, dans les abcès ouverts dans un organe voisin et dans les récidives après laparotomie antérieure.

5° Dans les petites poches bilatérales et énucléables, l'H.V. est aussi bénigne que la laparotomie. Cette dernière peut-être *préférée* dans les cas faciles, surtout chez les femmes jeunes, à moins que l'on doive intervenir pendant une poussée aiguë.

6° Le pyo-salpinx tuberculeux, s'il est secondaire à une lésion bacillaire de la matrice, auquel cas il pourra être diagnostiqué, sera toujours traité par l'H.V., même s'il est unilatéral.

7° Les lésions unilatérales ne relèvent que de la laparotomie, quels que soient leur étendue et l'état infectieux de la matrice, la bilatéralité étant la condition indispensable de l'intervention par la voie vaginale, sauf dans le cas précédent.

8° Les lésions bilatérales situées haut, sans prolongement dans les culs de sac du vagin, ne sont justiciables que de la laparotomie.

9° L'élytrotomie postérieure n'a que des indications très restreintes, et si elle échoue, l'H.V. secondaire sera toujours indiquée.

---



